

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen

STUDENT UND PSYCHISCHE STÖRUNG

Eine Bestandsaufnahme
der Psychotherapeutischen Beratung für Studierende
an der Justus Liebig-Universität Gießen (PBS)

von

Michael L. Moeller und Jörn W. Scheer

Gießen 1970

Aus der Psychosomatischen Klinik
der Justus Liebig-Universität Gießen

STUDENT UND PSYCHISCHE STÖRUNG

Eine Bestandsaufnahme
der Psychotherapeutischen Beratung für Studierende
an der Justus Liebig-Universität Gießen (PBS)



von

Michael L. Moeller und Jörn W. Scheer

der Medizinischen Fakultät der Justus Liebig-Universität Gießen
als Habilitationsschrift vorgelegt von M. L. Moeller

Gießen 1970





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545905_0004

Inhaltsübersicht

Seite

I.	VORWORT	7
II.	EINLEITUNG	9
	1. Zielsetzung der Untersuchung	9
	2. Die Psychotherapeutische Beratung für Studierende in Gießen (PBS)	9
	3. Zur Anlage der Untersuchung	10
III.	DAS SOZIALE BILD DER BERATUNGSKLIENTEL	13
	1. Einleitung	13
	1.1 Umfang der Untersuchungsgruppe	13
	1.2 Jährliche Zunahme	13
	1.3 Hochschulstatistik	14
	2. Persönliche Daten	14
	2.1 Geschlecht	15
	2.2 Alter	15
	2.3 Familienstand	17
	2.4 Konfession	17
	2.5 Staatsangehörigkeit	19
	3. Familiäre Daten	19
	3.1 Angaben über den Vater	19
	3.2 Angaben über die Mutter	20
	3.3 Angaben über die Geschwister	20
	4. Die Studiensituation	21
	4.1 Studienort	21
	4.2 Fächerverteilung	22
	4.21 Gießener Studierende	22
	4.22 Auswärtige Studierende	25
	4.3 Semesterzahl	26
	4.4 Art der Hochschulreife	27
	4.5 Fachwechsel	28

IV. BEFUNDE UND BESCHWERDEN IN DER BERATUNGSGRUPPE	29
1. Motivierende Beschwerden	29
1.1 Angaben der Therapeuten	29
1.2 Angaben der Studierenden	31
1.21 Stellenwert der Problembereiche	32
1.22 Zusammenhang der Problembereiche	33
1.23 Hintergrund der Problembereiche	35
1.231 Intrapsychische Probleme	36
1.232 Kontaktstörungen	38
1.233 Probleme mit den Eltern	39
1.234 Arbeits- und Studienschwierigkeiten	40
1.235 Körperbeschwerden	41
1.24 Leidensdruck	41
1.25 Einstellung zur Beratung	42
1.251 Paradoxe Einstellung	43
1.252 Fremdmotivation	43
1.253 Informiertheit über Psychotherapie	44
2. Persönlichkeitsbild	45
2.1 Angaben der Therapeuten	45
2.2 Selbsteinschätzung der Studierenden	48
2.21 Unspezifische Neurosenmerkmale	49
2.22 Studentenspezifische Neurosenmerkmale	51
3. Körperbeschwerden	54
3.1 Die Beschwerdeliste	54
3.2 Leitbeschwerden	55
3.3 Beschwerdedruck	58
3.4 Angaben zur Genese	59
4. Arbeitsverhalten und Arbeitsstörungen	60
4.1 Fragebogen	61
4.2 Das Arbeitsverhalten der Beratungsgruppe	62
4.3 Arbeitsverhalten und Persönlichkeit	65
4.31 Arbeitsunabhängige Persönlichkeitsbereiche	66
4.32 Arbeitsverhalten als Persönlichkeitsanteil	67
4.33 Isolierung des Arbeitsverhaltens in der Beratungsgruppe	68
5. Die Einstellung der Beratungsgruppe zur Universität	70
5.1 Fragebogen	70
5.2 Einstellung zur Universität	71
5.3 Einstellung zur Universität, Selbstbild und Arbeitsverhalten	74

V. BESONDERHEITEN DER GESCHLECHTER, STUDIENPHASEN UND FACHGRUPPEN	76
1. Studentinnen und Studenten	76
1.1 Persönliche Daten	76
1.2 Familiäre Situation	79
1.3 Studiensituation	79
1.4 Motivierende Beschwerden	82
1.5 Persönlichkeitsbild	84
1.51 Angaben der Therapeuten	84
1.52 Selbsteinschätzung der Studierenden	84
1.521 Unspezifische Geschlechtsunterschiede	85
1.522 Nivellierte Geschlechtsunterschiede	86
1.523 Beratungsspezifische Geschlechtsunterschiede	87
1.6 Körperbeschwerden	88
1.7 Arbeitsverhalten	91
1.8 Einstellung zur Universität	92
2. Besonderheiten der Studienphasen	94
2.1 Persönliche Daten	94
2.2 Familiäre Situation	96
2.3 Studiensituation	97
2.4 Motivierende Beschwerden	99
2.5 Persönlichkeitsbild	99
2.51 Angaben der Therapeuten	99
2.52 Selbsteinschätzung der Studierenden	99
2.521 Anfangs- und Endphase des Studiums	100
2.522 Die mittlere Studienphase	103
2.6 Körperbeschwerden	104
2.7 Arbeitsverhalten	104
2.8 Einstellung zur Universität	105
3. Besonderheiten der Fachgruppen	106
3.1 Das soziale Bild	107
3.2 Motivierende Beschwerden	109
3.3 Persönlichkeitsbild	110
3.31 Angaben der Therapeuten	110
3.32 Selbsteinschätzung der Studierenden	110
3.4 Körperbeschwerden	112
3.5 Arbeitsverhalten	113
3.6 Einstellung zur Universität	114
VI. THERAPIEVORSCHLAG UND PROGNOSE	117
1. Therapievorschlge	118
1.1 Therapievorschlge für die Beratungsgruppe	118
1.2 Therapievorschlge nach Untergruppen	121
2. Prognose	122
2.1 Prognosen in der Beratungsgruppe	122
2.2 Prognosen nach Untergruppen	122

	<u>Seite</u>
VII. ZUSAMMENSTELLUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE	124
1. Allgemeines	124
2. Das soziale Bild der Beratungsgruppe	125
3. Motivierende Beschwerden	125
4. Persönlichkeitsbild	127
5. Körperbeschwerden	127
6. Arbeitsverhalten	128
7. Einstellung zur Universität	128
8. Geschlechtsunterschiede	129
9. Besonderheiten der Studienphasen	131
10. Besonderheiten der Fachgruppen	132
11. Therapievorschl�ag und Prognose	133
VIII. ÜBERLEGUNGEN ZUR PSYCHODYNAMIK IM SOZIALPSYCHOLOGISCHEN FELD DER UNIVERSITÄT	134
1. Allgemeines zur Selektion der Beratungsklientel	134
1.1 Die Selektion der Studierenden	134
1.2 Der unsichtbare Krankenstand	136
1.3 Einige Faktoren der Selektion der Beratungs- klientel	139
1.31 Das Krankheitsverhalten als Selektions- faktor	140
1.32 Das ärztliche Verhalten als Selektions- faktor	142
2. Zum Krankheitsverhalten der Beratungsgruppe	144
2.1 Der pathodynamische Zirkel	145
2.2 Der erschwerte Weg zum Arzt	147
3. Die Beratungsgruppe in der Universitätsdynamik	151
3.1 Persönliche Komponenten	151
3.2 Die Sündenbockrolle der Beratungsgruppe	153
4. Folgerungen für Psychotherapeutische Beratungs- stellen an der Universität	154
4.1 Therapie des Krankheitsverhaltens	155
4.2 Notwendigkeit einer erweiterten Perspektive	157
IX. ANHANG	158
1. Datenerhebung und Dokumentation	159
2. Fragebögen	160
3. Zu den Vergleichsgruppen	175
4. Ergänzende Tabellen	178
5. Verzeichnisse	203
5.1 Tabellenverzeichnis	203
5.2 Figurenverzeichnis	206
5.3 Literaturverzeichnis	207

I. VORWORT

Zunehmend entstehen in den letzten Jahren an westdeutschen Hochschulen Beratungsstellen für Studenten mit psychischen Konflikten. Als eine der ersten wurde 1965 die Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende in Gießen (PBS) an der Psychosomatischen Klinik eingerichtet und 1967 als offizielle Institution der Justus Liebig-Universität vom Senat anerkannt. Die vorliegende Untersuchung analysiert statistische und Fragebogendaten, die in der Klientel der Beratungsstelle erhoben wurden. Sie will so dazu beitragen, dem spürbaren Mangel an Material über die psychische Situation im Studium abzuhelpfen.

Die Arbeit ist das Ergebnis der Zusammenarbeit eines Psychoanalytikers und eines Klinischen Psychologen. Der Beitrag des ersten Autors liegt im Bereich der theoretischen Konzeption der Arbeit, der psychoanalytischen Hypothesenbildung und Interpretation und der Folgerungen für die psychotherapeutische Studentenberatung. Der zweite Autor war verantwortlich für Planung und Durchführung der Erhebungen, elektronische Datenverarbeitung und inferenzstatistische Auswertung der klinisch-psychologischen Testverfahren.

Sowohl an der Beratung von Studierenden als auch an der Planung und Auswertung der Erhebungen war eine größere Zahl von Mitarbeitern der Psychosomatischen Klinik beteiligt. Wir danken hierfür insbesondere dem Direktor der Psychosomatischen Klinik, Herrn Prof.Dr.Dr.H.-E. RICHTER und unseren Kolleginnen und Kollegen PD.Dr.D. BECKMANN, Frl.M. DIECK, Frl. Dipl.-Psych. A. GÜTTGES, Herrn Dr.Dr.H. JUNKER, Frl.Dipl.-Psych.U. WEGENER und Herrn Dipl.-Psych. H. ZENZ. Ohne die bei der Dokumentation und Auswertung der Daten und beim Schreiben des Manuskriptes geleistete Arbeit unserer Mitarbeiterinnen Frau D. HEUSER, Frau A. KLINGAUF und Frau I. OLEMOTZ wäre die

Arbeit nicht realisierbar gewesen. Die maschinelle Auswertung wurde größtenteils im Deutschen Rechenzentrum Darmstadt und an der Olivetti-Programma 101 der Psychosomatischen Klinik vorgenommen, teilweise im Institut für Medizinische Dokumentation und Statistik der Universität Gießen unter Mithilfe von Herrn G. KIELAS. Die Autoren der DRZ-Programme werden am entsprechenden Ort im Anhang zitiert, die Olivetti-Programme stammen von PD.Dr.D. BECKMANN.

Nicht zuletzt sind wir allen Studierenden unserer Beratung verpflichtet, die durch das Ausfüllen der Fragebogen das Ausgangsmaterial für diese Arbeit lieferten.

Da die Psychotherapeutische Beratung als Universitätsinstitution bis heute nicht etatisiert ist, werden die Kosten für die Studentenberatung - abgesehen von einem geringen Zuschuß des Studentenwerkes Gießen - von der Psychosomatischen Klinik getragen.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen eines Forschungsprogrammes "Psychische Konflikte bei Studenten" durchgeführt, das die Stiftung Volkswagenwerk finanzierte. Nur so konnten die notwendigen personellen und sachlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Ohne eine derartige Förderung oder eine entsprechende etatmäßige Sicherung ist eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Beratungspraxis nicht möglich.

II. EINLEITUNG

1. Zielsetzung der Untersuchung

Die psychotherapeutische Beratung von Studierenden ist ein Sektor im Bereich der psychologisch-medizinischen Versorgung der Bevölkerung, der zunehmend an Bedeutung gewinnt. An den vorhandenen Institutionen nimmt die Zahl der Ratsuchenden ständig zu. Doch ist der Bestand an Beratungsstellen für Studierende in Westdeutschland noch immer gering, verglichen mit der Situation in einigen anderen Teilen Europas (England, Frankreich, Skandinavien) oder erst recht in den USA, wo Beratungsstellen in Klinikgröße mit der Möglichkeit stationärer Behandlung existieren und Studiengänge für Hochschul-Psychotherapeuten absolviert werden können (DÖRNER 1967). Universitäten ohne psychotherapeutische Studentenberatung müssen daher von benachbarten Einrichtungen mitbetreut werden: so beträgt der Anteil auswärtiger Studierender an der Gießener Beratung gegenwärtig über 25 %.

In dieser Situation zunehmender Belastung der Studentenberatungen erscheint es notwendig, die Tätigkeit der Beratungsstellen zu reflektieren und dazu besonders Informationen über die psychisch gestörten Studierenden heranzuziehen. Die vorliegende Arbeit macht den Versuch, mithilfe einer Vielzahl von Untersuchungsdaten die Klientel der Gießener Psychotherapeutischen Beratung für Studierende zu beschreiben und aus den dargestellten Sachverhalten einige Folgerungen für die Studentenberatung abzuleiten.

2. Die Psychotherapeutische Beratung für Studierende in Gießen (PBS)

Die Psychotherapeutische Beratung für Studierende (PBS) in Gießen wurde im September 1965 an der Psychosomatischen Klinik der Universität gegründet, weil der große Anteil der Studenten an der ambulanten psychosomatischen Poliklinik die Einrichtung

einer besonderen Stelle sinnvoll erscheinen ließ. Über die Entwicklung in den ersten Jahren orientiert eine Veröffentlichung von MOELLER (1969 d). Noch heute ist die Studentenberatung ein Teil der Psychosomatischen Klinik und wird von den Mitarbeitern der Psychosomatischen Klinik mitbetreut. Gegenwärtig sind acht Mitarbeiter regelmäßig an der Studentenberatung beteiligt, keiner von ihnen kann jedoch ausschließlich in der Studentenberatung tätig sein. Reguläre Behandlungen von Studenten werden von allen therapeutisch tätigen Mitarbeitern der Psychosomatischen Klinik durchgeführt. Die Anzahl von längerdauernden Behandlungen bei Studenten ist wegen der zahlreichen anderen Aufgaben einer Psychosomatischen Klinik nur relativ gering, da die verfügbaren Behandlungsplätze bei weitem nicht ausreichen. Durchgeführt werden vor allem Gruppenpsychotherapien, auch Einzel-Psychotherapien und seltener Psychoanalysen. Die Gruppenpsychotherapien finden in der Regel in einem ambulanten Arrangement statt, gelegentlich auch stationär in der Psychosomatischen Klinik (vgl. FÜRSTENAU, STEPHANOS, ZENZ 1970). Bei der überwiegenden Mehrzahl der Ratsuchenden ist nur eine ein- bis mehrmalige Beratung möglich. In die vorliegende Untersuchung gehen dementsprechend nur Angaben ein, die zum Zeitpunkt des ersten Beratungsgespräches erhoben wurden.

3. Zur Anlage der Untersuchung

Die Beschränkung auf den Zeitpunkt der Erstuntersuchung ermöglicht es, Angaben über fast alle Studierenden zu berücksichtigen, die die Beratung aufsuchten. Die Daten wurden teils vor, teils unmittelbar nach dem Erstinterview erhoben. Einzelheiten des Untersuchungsganges werden im Anhang (Kap. IX. 1) mitgeteilt. Die routinemäßige Durchführung der Datenerhebung, für die jeweils nur eine begrenzte Zeit zur Verfügung stand, bedingte gewisse Einschränkungen und Formalisierungen bei den verwendeten Fragebögen, die ebenfalls im Anhang detailliert erläutert werden (Kap. IX. 1).

In dem hierdurch abgesteckten Rahmen wurden möglichst umfassende Angaben über die psychische Situation und die reale Lage der Studierenden eingeholt. Es handelt sich einmal um konkrete Daten über die soziale Lage und die Studiensituation (17 Variable), dann um das Selbstbild der Studierenden im psychischen bzw. psychosozialen Bereich (40 Variable, Gießener Persönlichkeitsinventar) und das körperliche Beschwerdebild (60 Fragen). Einige Aspekte der Situation der Studierenden in ihrer Arbeit an der Hochschule sowie ihrer Beziehung zu Arbeitspartnern und Hochschullehrern wurden durch Fragebögen mit 15 bzw. 14 Fragen aus diesen Bereichen erfaßt. Weitere 14 Fragen galten den motivierenden Beschwerden und Einstellungen, welche die Studierenden akut in die Beratung führten. Aus den Beurteilungen der Erstuntersuchungsgespräche durch die Therapeuten wurden einige Variable in die Untersuchung mit einbezogen. Die Arbeit basiert jedoch ganz überwiegend auf den Angaben, die die ratsuchenden Studierenden selbst in den vorkonstruierten Fragebögen machten. Die Fragebögen werden in den entsprechenden Kapiteln der Arbeit beschrieben und sind im Anhang (Kap. IX. 2) abgedruckt.

Die Arbeit hat zunächst eine deskriptive Intention. Sie soll dazu beitragen, dem großen Mangel an detaillierter Information über psychisch gestörte Studenten abzuhelpen. Es wird darüberhinaus versucht, Zusammenhänge zwischen einzelnen Bereichen oder Einzelbefunden zu erfassen und Hypothesen zu ihrem Verständnis anzubieten. Dazu werden die Merkmale einerseits zueinander in Beziehung gesetzt, andererseits in Abhängigkeit von einigen wichtigen Klassifikationsgesichtspunkten untersucht (Geschlecht, Studienabschnitt, Fachzugehörigkeit). Um abschätzen zu können, welcher Anteil der gewonnenen Befunde spezifisch für die Studentenberatung ist und welche Merkmale die ratsuchenden Studierenden entweder mit anderen Studenten, die nicht die Beratung aufsuchten, oder mit nichtstudierenden ambulanten Patienten der Psychosomatischen Klinik teilen, wurden zum Vergleich Daten von entsprechenden Kontrollgruppen herangezogen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden zunächst in vier Abschnitten dargestellt. Der erste (Kap. III) beschreibt die soziale und die Studiensituation der Beratungsklientel. In Kap. IV werden die speziellen Befunde referiert, die in der Beratungsgruppe erhoben wurden (Motivierende Beschwerden, Persönlichkeitsbild im Selbst- und im Therapeutenurteil, Körperbeschwerden, Arbeitsverhalten und Arbeitsstörungen, Einstellung zur Universität), und auf Zusammenhänge untersucht. Besonderheiten der Geschlechter, der Studienphasen und Fachgruppen werden in Kap. V. erörtert. In Kap. VI. werden die nach den Beratungsgesprächen gemachten Angaben der Therapeuten hinsichtlich der Therapievorschlge und Prognosebeurteilungen referiert. Im Anschluß an eine zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Befunde (Kap. VII) folgen einige Überlegungen zu Selektion und Krankheitsverhalten der Beratungsgruppe und zu ihrer sozialpsychologischen Situation an der Universität (Kap. VIII).

III. DAS SOZIALE BILD DER BERATUNGSKLIENTEL

1. Einleitung

1.1 Umfang der Untersuchungsgruppe

Der statistischen Auswertung liegen die Daten von 307 Studierenden zugrunde, die in den Jahren 1968 und 1969 die Psychotherapeutische Beratungsstelle aufsuchten. Für die Auswertung wurden jene Personen nicht berücksichtigt, die die Beratung aufsuchten, ohne Studenten zu sein (z.B. medizinisch-technische Assistentinnen, Ingenieurschüler); die - etwa wegen zu großer Sprachschwierigkeiten - die Fragebögen nicht ausfüllen konnten oder wollten; die ausdrücklich wegen Problemen einer anderen Person kamen; oder die sofort in eine andere Klinik, etwa der Neuropsychiatrie, überwiesen werden mußten. Die Gesamtzahl der untersuchten Studierenden liegt daher um knapp 10% höher. Bei einigen Merkmalen liegt die Gesamtzahl der einbezogenen Personen - bedingt durch unvollständiges Ausfüllen einiger Fragebögen - geringfügig unter dem genannten Wert. Sie ist in den Tabellen angegeben.

1.2 Jährliche Zunahme

Der Zustrom hat sich in den vergangenen Jahren erheblich verstärkt (s.a. MOELLER 1969 d):

<u>1966</u>	<u>1967</u>	<u>1968</u>	<u>1969</u>
48	100	134	173

Im ersten Halbjahr 1970 kamen bereits 136 Ratsuchende gegenüber 90 im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Die Zunahme läßt keine Rückschlüsse auf den wirklichen Andrang zu. Sie wird durch die komplexe Selektionskonstellation reguliert, in der entscheidende Grenzen durch die quantitative Ausstattung der Beratungsstelle gesetzt sind (vgl. Kap. VIII). Die Zusammensetzung der

Klientel nach Geschlecht, Semesterzahl und Studienfächern unterschied sich 1968 und 1969 nicht signifikant (s. Anhang, Kap. IX, Tab. 29). Es wurden daher beide Jahrgänge zusammengefaßt, damit bei der Einteilung in Untergruppen ausreichend große Anzahlen zur Verfügung standen.

1.3 Hochschulstatistik

Detailliert aufgeschlüsselte statistische Daten liegen für die Gießener Universität aus jüngster Zeit nicht vor. Zu Vergleichszwecken müssen daher Angaben herangezogen werden, die teils älter, teils allgemeiner sind. Herr Dipl.-Volkswirt D. KÜHN stellte Angaben über die Gießener Universität aus dem Jahr 1966/67 zur Verfügung; von SCHELLENBERG (1966) stammen Angaben über Gießen bzw. Hessen von 1964/65; von KATH (1964, 1969) Daten über die westdeutsche Studentenschaft in den Jahren 1963 bzw. 1967/68. Einige neuere Daten verdanken wir dem Universitätssekretariat Gießen (insbesondere die Verteilung auf die Studiensemester). Da sich nach KATH (1969) die Verteilung der grundlegenden sozialen Daten der Studierenden in den letzten Jahren kaum geändert hat, sind auch Vergleiche mit älteren Angaben nützlich, wenn auch naturgemäß mit größerer Unsicherheit behaftet.

2. Persönliche Daten

Als "persönliche Daten" werden hier Geschlechtszugehörigkeit, Alter, Familienstand, Konfession und Staatsangehörigkeit behandelt. Angaben über die elterliche Familie werden in einem gesonderten Abschnitt besprochen.

2.1 Geschlecht

Der Anteil männlicher und weiblicher Studierender an der Beratungsgruppe unterscheidet sich nicht von dem Verhältnis in der allgemeinen Studentenschaft (Tab. 1).

Tab. 1: Geschlechtsverteilung in der Beratungsgruppe (PBS) und der Gießener Universität (1968/69 lt. Vorlesungsverzeichnis) in %.

	PBS	Universität Gießen
männlich	64,4	65,2
weiblich	35,6	34,8
N	307	7630

Das entspricht der Situation von 1967 (vgl. MOELLER 1969 d). Von diesem Verhältnis (etwa 2:1) weicht der Anteil der Geschlechter in den Fachgruppen entsprechend der Grundverteilung in der Universität ab. Das Resultat des Selektionsvorgangs bis zum Aufsuchen der Beratung scheint also geschlechtsunspezifisch zu sein. An der Frankfurter Beratungsstelle sind dagegen weibliche Studierende überrepräsentiert (45,3% in der PBS, 32 % an der Universität; HÖRNIG u.a. 1970).

2.2 Alter

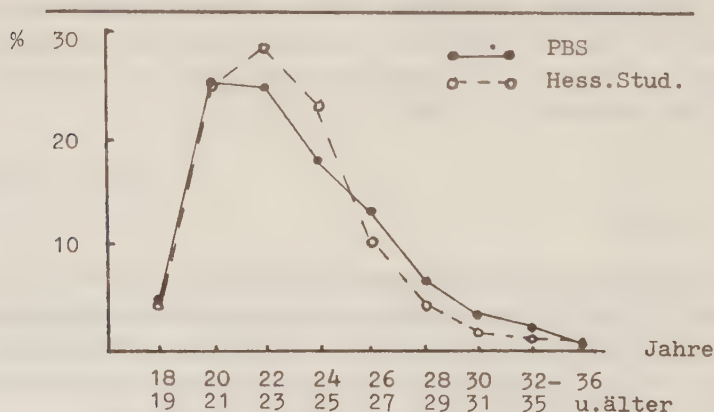
Die Studierenden in der Beratung sind zum größten Teil zwischen 19 und 30 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt beträgt 23,7 Jahre. Hierin unterscheiden sich jedoch die Geschlechter (s. Kap. V). Die Gesamtgruppe läßt sich nach Altersstufen in drei etwa gleichgroße Gruppen einteilen:

18 - 21 Jahre	:	30,4 %
22 - 24 Jahre	:	34,0 %
25 Jahre und älter	:	35,5 %

Nur die erste Gruppe entspricht der Altersklasse der College-Studenten, die in den USA im Zentrum der Studentenforschung steht. Für Westdeutschland gelten also neben der anderen Ausbildungsselektion (ca. 8% der Altersgruppe gehen an die Universität, gegenüber 40%, die in den USA ein College besuchen) und den anderen Studienverhältnissen vor allem andere Altersbedingungen. In einer früheren Arbeit (MOELLER 1969 f) wurde versucht, diesen Altersgruppen entsprechend entwicklungsbedingte Konflikte und phasenspezifische Einflüsse auf die therapeutische Situation darzustellen. Natürlich sind Entwicklungsphasen in diesem Lebensabschnitt zeitlich nicht eindeutig festzulegen. Sie differieren nicht nur auf Grund der unterschiedlichen Persönlichkeitsentwicklung, sie sind vor allem durch die sozialen und Studienverhältnisse bestimmt.

Wir vergleichen die Altersverteilung in Ermangelung aktuelleren Materials mit der Altersverteilung der hessischen Studierenden im Winter 1964/65 (Fig. 1) ¹⁾

Fig. 1: Altersverteilung in der Beratungsgruppe (PBS) und in der Hessischen Studentenschaft (1964/65) (SCHELLENBERG 1966) in %.



Die Verteilung in der Beratungsstelle weicht signifikant von der in der Hessischen Studentenschaft ab. Studierende mitt-

1) Die entsprechende Tabelle findet sich im Anhang (Kap. IX. 4, Tab. 30)

leren Alters (etwa 22-25 Jahre) sind in der Beratung eher weniger vertreten, ältere eher mehr. Dieser Effekt dürfte noch deutlicher werden, könnte man aktuelleres Material über die Gießener Universität heranziehen, da die Gießener Studentenschaft durch den größeren Anteil der Pädagogik-Studenten im Mittel jünger ist als der hessische Durchschnitt. Ein Vergleich mit der Frankfurter Beratungsstelle zeigt große Übereinstimmung im Anteil der Altersgruppen (Tab. 2).

Tab. 2: Anteil der Altersstufen in den Beratungsstellen Gießen und Frankfurt (1969/70; HÖRNIG u.a. 1970) in %.

Alter	Gießen	Frankfurt ¹⁾
18 - 21	30	30
22 - 24	34	35
25 und älter	36	38
N	307	304

2.3 Familienstand

Verheiratet sind 9,8% der Beratungsgruppe, 89,5% ledig. Das entspricht dem Verhältnis in der allgemeinen Studentenschaft (Gießen 1966/67: 11,4% verheiratet, 88,3% ledig, KÜHN). Unterschiedliche Verheiratetenquoten ergeben sich jedoch für die Geschlechter (s. Kap. V).

2.4 Konfession

Die Konfessionszugehörigkeit weist in der Beratungsgruppe eine ähnliche Verteilung auf wie in der allgemeinen Studentenschaft (Tab. 3).

1) Die Prozentsumme von 103 ergibt sich durch Rundungsfehler.

Tab. 3: Konfessionszugehörigkeit in der Beratungsgruppe (PBS) und der Gießener Studentenschaft (1966/67, KÜHN) in %

	PBS	Gießener Studentensch.
evangelisch	62,4	66,2
katholisch	18,0	22,3
übrige	2,0	4,9
keine	14,1	2,8
keine Angaben	3,6	3,8
N	306	5205

Auffällig ist der höhere Anteil der Konfessionslosen in der Beratungsstelle. Auch wenn man berücksichtigt, daß sich die Verhältnisse in der Studentenschaft seit dem Jahre 1966/67, aus dem die Vergleichszahlen stammen, durch vermehrte Kirchenaustritte generell geändert haben können oder daß möglicherweise manche kirchenferne Kirchenmitglieder im statistischen Meldebogen der Universität die offizielle Zugehörigkeit angeben, in der Beratungsstelle dagegen ihre tatsächliche Einstellung, bleibt das Phänomen bemerkenswert. Es wäre denkbar, daß die Kirche bei psychischen Konflikten Halt gibt, aber auch, daß sie die Auseinandersetzung mit seelischen Konflikten behindert, die in der Beratungsstelle gesucht wird.

2.5 Staatsangehörigkeit

Ausländer sind in der Beratungsklientel unterrepräsentiert (1,3% gegenüber 6,5% in der Universität Gießen 1968/69 lt. Vorlesungsverzeichnis). Tatsächlich liegt die Zahl der Ausländer in der Beratungsstelle geringfügig höher, da einige wegen zu großer sprachlicher Schwierigkeiten nicht in die Dokumentation aufgenommen werden konnten.

3. Die familiäre Situation

Im folgenden Abschnitt werden Angaben der Studierenden über Beruf, Schulbildung und Studium des Vaters und der Mutter, sowie über Zahl der Geschwister und Position in der Geschwisterreihe ausgewertet. Die Berufsangaben wurden nach einer im Anhang (Kap. IX. 4) wiedergegebenen Einteilung nach dem sozioökonomischen Status in 5 Gruppen eingeteilt. Die praktisch ausschließlich vorkommenden drei mittleren Gruppen wurden ad hoc als "untere", "mittlere" und "obere Einkommensgruppe" bezeichnet. Ein direkter Vergleich mit der Frankfurter Beratung erscheint nicht statthaft; deren Werte müssen auf die Verhältnisse an der dortigen Universität bezogen werden.

3.1 Angaben über den Vater

Zur unteren Einkommensgruppe gehören 14 % der Väter, zur mittleren 49,5 %, zur höheren 6,5 %. Die Werte von KÜHN (Universität Gießen 1966/67) sind wegen abweichender Klassifikation nicht direkt vergleichbar. Bei 7 % waren nach KÜHN die Väter Arbeiter. Studierende aus Familien der unteren Einkommensgruppe erscheinen daher in der Beratung überrepräsentiert. Verstärkte Konflikte, die sich aus der größeren Diskrepanz zwischen Familienmilieu und einer durch Einstellungen und Wertvorstellungen der Mittelklasse bestimmten Universität ergeben, könnten dafür ver-

antwortlich sein. Detailliertere Konfliktstudien bei Studierenden aus Arbeiterfamilien, die die Beratung aufsuchen, wären zur Klärung dieser Frage erforderlich.

37,0% der Väter haben Volksschulabschluß, 17,5% Mittlere Reife, 45,5% der Väter haben eine Oberschule abgeschlossen. (Universität Gießen 1966/67: Abitur der Väter bei 45,7%). Ein Studium absolviert haben 35,9% der Väter (Universität Gießen 1966/67: 36,0%). Im Anteil der Väter mit höherer Schul- und Hochschulbildung unterscheiden sich die Beratungsstudenten nicht von anderen Studenten. Nach einer Arbeit von CHOISY (1951), die psychische Konflikte beschrieb, die mit der intellektuellen Überwindung des Vaters verbunden sind, hätte für die Beratungsklientel eventuell ein höherer Anteil von Vätern mit geringerer Schulbildung erwartet werden können. Dies traf nicht zu.

3.2 Angaben über die Mutter

75,4% der Mütter von Studierenden der Beratung sind nicht berufstätig, die übrigen sind vornehmlich in der mittleren Einkommensgruppe berufstätig (19,7%; untere: 1,3%; obere: 3,6%). Der Ausbildungsstand der Mütter liegt erwartungsgemäß weit unter dem der Väter: Volksschulabschluß 48,5%, Mittlere Reife 33,4%, Abitur 18,0%. Studiert haben 10% der Mütter. Vergleichsangaben über andere Studierende liegen nicht vor.

3.3 Angaben über die Geschwister

Man könnte vermuten, daß für die psychische Entwicklung das Aufwachsen als Einzelkind oder in sehr kinderreichen Familien verstärkt Konflikte mit sich bringt. In diesem Falle wären relativ mehr Studierende dieser Gruppen in der PBS zu erwarten. Da die Anzahl der Geschwister westdeutscher Studierender über

ein Jahrzehnt fast konstant blieb (KATH 1964), ist ein Vergleich annähernd möglich. Es zeigen sich keine entscheidenden Überrepräsentierungen. Im Gegenteil scheinen Einzelkinder in der Beratungsgruppe eher unterrepräsentiert zu sein (Tab. 4).

Tab. 4: Geschwisterzahl in der PBS und in der Westdeutschen Studentenschaft (KATH 1964) in %.

	PBS	westdeutsche Studentenschaft
Einzelkind	15,4	21,4
ein Geschwister	38,7	33,8
zwei Geschwister	22,0	22,2
drei und mehr Geschwister	23,9	20,7
N	305	

4. Die Studiensituation

4.1 Studienort

Nicht alle Studierenden, die in die Gießener Studentenberatung kommen, sind an der Gießener Universität immatrikuliert. Zunehmend kommen Studierende aus benachbarten Universitäten, fast ausschließlich aus Marburg, vereinzelt aus Frankfurt und Darmstadt. 1968 betrug der Anteil Auswärtiger 20%, 1969 26%. Dieser Anteil hat keinen Effekt auf die Zusammensetzung der Beratungsgruppe nach Geschlecht und Semesterzahl, wohl aber infolge der anderen Fachzusammensetzung der Marburger Universität auf die Fächerverteilung (vgl. Kap. III. 422).

4.2 Fächerverteilung

4.21 Gießener Studierende

Um den Anteil der Fächer in der Beratungsklientel mit dem an der Universität vergleichen zu können, wurde hier die Gießener Gruppe (N = 235) separat betrachtet, zunächst auf Fakultäts-ebene. Tab. 5 zeigt für jedes Jahr den Anteil der Fakultäten an der Beratungsstelle und in Klammern den Anteil der Fakultäten an der Gesamtstudentenschaft im entsprechenden Sommersemester.

Tab. 5: Anteil der Fakultäten an der Beratungsklientel und (in Klammern) an der Universität in den Jahren 1967-1969 in % (nur Gießener Studierende).

Fakultät	1967	1968	1969
Philosph.	30,5 (11,5)	33,6 (12,4)	23,4 (12,0)
Abt. f. Erz.	24,2 (35,7)	18,7 (34,9)	21,1 (35,1)
Naturw.	10,5 (16,0)	22,4 (15,7)	19,5 (15,8)
Recht.-Wirt.	9,5 (8,6)	11,2 (11,4)	15,7 (13,8)
Medizin.	14,7 (9,8)	6,5 (8,4)	8,6 (7,4)
Landwirtsch.	7,3 (8,1)	0,9 (8,1)	7,8 (8,2)
Veterinär.	3,1 (10,3)	6,5 (9,1)	3,9 (7,6)

Folgende Feststellungen lassen sich treffen:

1. Die Philosophische Fakultät ist in allen Zeiträumen stark überrepräsentiert.
2. Die Abteilung für Erziehungswissenschaften ist in allen Zeiträumen stark, die Veterinärmedizinische Fakultät leichter unterrepräsentiert.
3. Dem Erwartungswert entsprechend ist der Anteil der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät, der Medizinischen Fakultät (nach Überrepräsentierung 1967), der Landwirtschaftlichen Fakultät (mit Ausnahme des Jahres 1968).

4. Nach zunächst Unterrepräsentierung (1967) ist die Naturwissenschaftlich-Mathematische Fakultät 1968 und 1969 eher überrepräsentiert.

Für die Philosophische und die Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät wurde noch eine Aufteilung vorgenommen (Tab. 6).

Tab. 6: Anteil von Untergruppen der Philosophischen und der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät an der PBS (nur 1969) und der Gießener Universität (1969) in % (nur Gießener Studierende).

Fachgruppe	PBS	Universität Gießen
Soziologie und Politik	2,3	1,4
Psychologie	10,9	3,7
übrige Geisteswissenschaft	10,2	7,0
Rechtswissenschaft	9,4	6,5
Wirtschaftswissenschaft	6,3	7,3

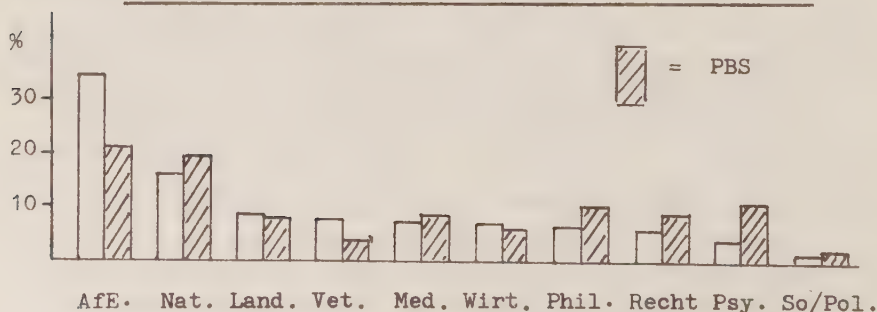
Wir halten fest, daß von der Philosophischen Fakultät besonders die Psychologiestudenten in der Beratung überrepräsentiert sind, in geringerem Maße auch Studierende der anderen Fächer. Bei den Rechts- und Wirtschaftswissenschaften läßt sich eine solche Aussage nicht mit Sicherheit treffen.

Der hohe Anteil an Psychologen dürfte durch die Nähe des Studienfaches zum Gegenstand der Beratung zu erklären sein. Möglicherweise ist auch eine fachspezifische Selektion bestimmter Persönlichkeitsstrukturen mitverantwortlich, etwa durch psychische Momente, die zum Studium der Psychologie motivieren (wie Interesse für seelische Vorgänge), oder auch ein besonderer Konflikthintergrund, der im Studium aktualisiert wird.

KATH, OEHLER, REICHWEIN (1966), SIEDENTOPF (1968), REICHENBECHER (1962) wiesen auf einen stärkeren Konfliktdruck in der Philosophischen Fakultät hin. Die Unterrepräsentierung der Abteilung für Erziehungswissenschaften (AfE), die in Hessen die Stelle der Pädagogischen Hochschule einnimmt, glauben wir primär auf die geographische und psychologische Isolierung dieses Universitätsteils zurückführen zu müssen. Räumlich bildet die AfE einen eigenen Gebäude- und Anlagenkomplex abseits von Universität und Stadtkern, psychologisch ist sie immer noch die Stätte eines mindergeachteten Kurzstudiums. Umgekehrt könnte eine psychologische Nähe für die Überrepräsentierung der Medizinstudenten in der Anfangszeit der Beratung verantwortlich sein (s. Tab. 5). Die Vermutung, vornehmlich äußere Umstände seien für die relativ geringe Zahl von Ratsuchenden aus der AfE maßgebend, wird dadurch gestützt, daß in Frankfurt die AfE, die nicht in vergleichbarer Weise isoliert liegt wie in Gießen, eher überrepräsentiert ist (HÖRNIG u.a. 1970).

Figur 2 veranschaulicht den Anteil der Fächer in der genannten Aufteilung an der Gießener Beratungsstelle (nur 1969) und an der Universität Gießen (Sommer-Semester 1969). Hierbei sind nur die in Gießen eingeschriebenen Studierenden berücksichtigt. Der tatsächliche Anteil z.B. der Soziologie- und Politikologiestudenten liegt wesentlich höher, wenn man die auswärtigen Studierenden einbezieht (s. 4.22 und Kap. V.3, S. 106).

Fig. 2: Anteil der Fachgruppen an der PBS (1969) und an der Universität Gießen (Sommer-Semester 1969) in % (nur Gießener Studierende). PBS = schraffiert.



Der Anteil der Tätigkeit einer Beratungsstelle für eine bestimmte Fachgruppe hängt also nicht nur von der absoluten Größe der Studentenschaft des Faches und vom eventuell unterschiedlichen Konfliktdruck ab, sondern auch vom Krankheits- bzw. Konfliktverhalten der betreffenden Studierenden, das, wie im Beispiel der Psychologiestudierenden, auch durch Momente des Studienfaches beeinflusst werden kann. Hieraus gewinnt man einen gewissen Anhalt für die Anforderungen, die auf geplante Psychotherapeutische Beratungsstellen an Universitäten mit anderer Fächerstruktur zukommen können.

4.22 Auswärtige Studierende

Die 72 auswärtigen Studierenden des Zeitraums 1968/69 kommen überwiegend (zu 76%) aus Marburg. Unter ihnen dominieren die Angehörigen der Philosophischen Fakultät ganz eindeutig (58%). Ein Vergleich mit der Struktur der Marburger Universität scheint wegen der besonderen Selektionsbedingungen nicht sinnvoll. Der große Anteil von Soziologen dürfte auf die Lehrtätigkeit eines an der Gießener Psychosomatischen Klinik tätigen Soziologen in Marburg zurückzuführen sein. Tab. 7 zeigt die Zusammensetzung der auswärtigen Gruppe nach Fachgruppen.

Tab. 7: Anteil der Fachgruppen an der Gruppe auswärtiger Studierender in der PBS Gießen (1968/69).

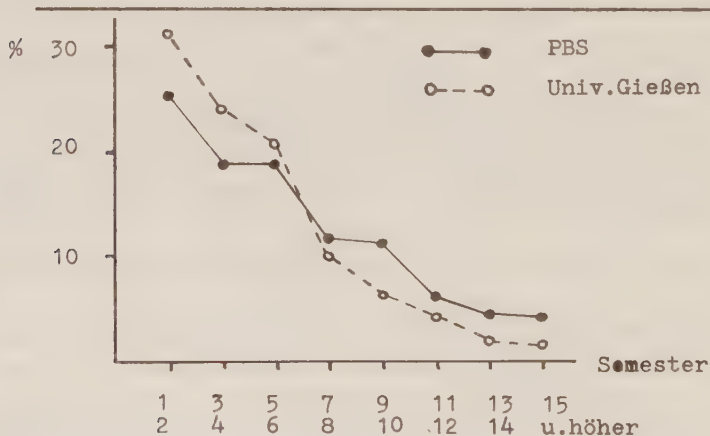
Fachgruppe	N	%
Phil. Fakultät (ohne Soz., Pol. und Psy.)	20	28
Soziologie/Politologie	18	25
Medizin	8	11
Rechtswissenschaft	8	11
Wirtschaftswissenschaft	6	8
Psychologie	4	6
Naturwissenschaften	4	6
Abt. f. Erziehungswissenschaften	2	3
sonstige	2	3

Durch die auswärtigen Studierenden verändert sich die Klientel der Beratungsstelle in ihrer Zusammensetzung nach Studienfächern. Die vollständige Fächerverteilung zeigt Tab. 21 in Kap. V.3, S. 106.

4.3 Semesterzahl

Da sich die Semesterverteilung des Gießener und des auswärtigen Anteils der Beratungsklientel nicht signifikant unterscheiden, wurden sie zusammengefaßt. In Fig. 3 wird die Beratungsgruppe der Gießener Studentenschaft vom Sommer-Semester 1969 gegenübergestellt.¹⁾ Die Abweichung ist statistisch gesichert.

Fig. 3: Semester-Verteilung in der PBS Gießen (1968/69) und in der Gießener Studentenschaft (Sommer-Semester 1969, Daten vom Universitäts-Sekretariat) in %.



Studienanfänger sind in der Beratung unterrepräsentiert, mittlere Semester sind entsprechend dem Erwartungswert vertreten, höhere Semester sind überrepräsentiert.

Für die detaillierte Untersuchung von Fragebogenvariablen (s. Kap. V) wurde die Beratungsgruppe nach der Semesterzahl

1) Die entsprechende Tabelle findet sich im Anhang (Kap. IX.4).

in drei Gruppen eingeteilt, die grob drei Studienphasen entsprechen. Tab. 8 zeigt den Anteil der Beratungsgruppe, der auf diese Studienphasen entfällt, dazu die entsprechenden Werte für die Frankfurter Beratungsstelle.

Tab. 8: Anteil der Studienphasen an der PBS Gießen und der PBS Frankfurt (1969/70) (HÖRNIG u.a. 1970) in %.

Gruppe	Semester	PBS Gießen	PBS Frankfurt
Studienanfänger	1. - 3.	35,7	24,5
Mittlere Semester	4. - 7.	35,4	39,6
Höhere Semester	8. und höher	28,9	36,1
N		307	303

Der Unterschied ist signifikant. In Frankfurt kommen mehr Studierende aus mittleren und höheren Semestern als in Gießen.

4.4 Art der Hochschulreife

91,5% der Beratungsgruppe erlangten die Hochschulreife über Gymnasien, 5,8% über den sogenannten Zweiten Bildungsweg. Das liegt in der Größenordnung des von KATH (1969) für die westdeutsche Studentenschaft (1967/68) angegebenen Wertes von 4,7% für den Zweiten Bildungsweg.

4.5 Fachwechsel

Fachwechsler sind in der Beratungsgruppe überrepräsentiert (25,2 %). Obwohl keine direkten Vergleichsdaten vorhanden sind, liegt der Prozentsatz weit über repräsentativen Angaben (HABERMAS 1961: 14 %; BESKE (für Medizinstudenten): 11 %; REICHENBECHER 1962: 15 %; NOELLE und NEUMANN, Allensbach 1967: 10 %). Das Ergebnis stimmt mit einer Untersuchung an der Universität Göttingen überein. 23 % psychisch gestörter Studierender waren dort Fachwechsler (SIEDENTOPF 1968). Der Entschluß zum Fachwechsel ist jedoch nicht ausschließlich als Indiz für berufliche Identitätsunsicherheit zu werten, er kann auch eine aktive Konfliktbewältigung anzeigen. Seine Beurteilung ist im individuellen Fall nur im Kontext der gesamten Konfliktlage möglich.

Ein bevorstehender Fachwechsel scheint kein wesentliches Motiv zu sein, die Beratung aufzusuchen: Unsicherheit in der Studienwahl wird als Grund für den Beratungswunsch relativ selten angegeben (vgl. Kap. IV. 1).

IV. BEFUNDE UND BESCHWERDEN IN DER BERATUNGSGRUPPE

Die in diesem Kapitel mitgeteilten Ergebnisse beruhen auf den in Fragebögen gemachten Angaben der gesamten Beratungsgruppe. Unterschiede zwischen Untergruppen (z.B. der Geschlechter) werden im nächsten Kapitel behandelt. Die entscheidende Gemeinsamkeit der Gruppe ist der Entschluß, die Beratung aufzusuchen, also ein Moment des Krankheitsverhaltens, nicht notwendig die Intensität der Konflikte. Die Resultate erlauben keine direkten Rückschlüsse auf die Verhältnisse in der allgemeinen Studentenschaft (vgl. MOELLER 1969 d). Wir wollen daher ausdrücklich auf die Spezifität der Befunde hinweisen.

1. Motivierende Beschwerden

Um zu ermitteln, welche Störungen und Beschwerden Studierende dazu motivieren, die Psychotherapeutische Beratung aufzusuchen, wurden sowohl Angaben der Therapeuten ausgewertet als auch Angaben der Studierenden in einem vorstrukturierten Fragebogen.

1.1 Angaben der Therapeuten

In einem sogenannten Erstuntersuchungsbogen (s. Anhang, Kap. IX. 2) geben die Therapeuten nach der ersten Beratungsstunde - wie routinemäßig auch in der Psychosomatischen Poliklinik - an, aus welchen Bereichen der Studierende Probleme und Störungen berichtete. Diese Therapeutenurteile sind also nicht dem frei formulierten Krankenaktenbericht entnommen. Tab. 9 zeigt zum Vergleich die entsprechenden Werte für eine Stichprobe der Psychosomatischen Poliklinik. Die Gruppe der ambulanten Poliklinikspatienten ist in einigen soziologischen Merkmalen anders zusammengesetzt als die Klientel der Studentenberatung (s. Anhang, Kap. IX. 3): Sie ist älter, zu einem größeren Anteil verheiratet, enthält mehr Frauen und

hat geringere Schulbildung. Trotz dieser Unterschiede stimmen die Angaben über die Problembereiche im wesentlichen überein. Die Studenten weisen lediglich in geringerem Maße stärker ausgebildete psychische Symptome (Phobien, Zwangssymptome, depressive Verstimmungen etc.) auf. Dieser Befund bestätigt den Begriff der "psychopathologischen Verdünnungszone" (vgl. DÖRNER 1967), der Beratungsstellen für Studierende vor große nosologische Probleme stellt. Die an sich fragwürdige Nosologie der psychodynamischen Medizin wird hier kaum mehr anwendbar (vgl. MOELLER 1969 d).

Tab. 9 : Problembereiche nach Therapeutenurteil in Studentenberatung und Psychosomatischer Poliklinik (1968) in %.

	PBS	Psychosomatische Poliklinik
Arbeitsstörung	61	53
Kontaktstörung	63	57
Störung der körperlichen Sexualfunktion	21	25
Psychiatrische Einzelsymptome (z.B. Agoraphobie, Halluzinationen, Kleptomanie, Wahnideen usw.)	40	59
Perversion	3	5
N	298	285

Die Ergebnisse anderer Beratungsstellen ¹⁾ und anderer Erhe-

1) Studentenberatung der Psychotherapeutischen Abteilung der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik, Freie Universität Berlin, ZIOLKO 1965; Psychotherapeutische Beratungsstelle - Beratungsstelle für Intimfragen an der Freien Universität Berlin, LANGE-UNDEUTSCH und ECKHARDT 1966, BAGIA 1968; Studienbüro der Ruhr-Universität Bochum - Beratungsstelle für Studierende 1966-1969; Psychotherapeutische Beratung für Studierende im Studentenwerk Frankfurt, HÖRNIG u.a. 1970; Ärztlich-psychologische Beratungsstelle für Studierende der Universität Göttingen - SPERLING u. FRIEDRICH 1969; Beratungsstelle für Studenten, Universität Hamburg, LINDIG 1969.

bungen (TEIRICH 1959, REICHENBECHER 1962, SIEDENTOPF 1968) lassen sich wegen unterschiedlicher Klientel und unterschiedlicher Klassifizierungskategorien nicht sinnvoll vergleichen. ZIOLKO (1969) nennt etwa 85-90% Arbeitsstörungen unterschiedlichen Ausmasses, was sich mit unseren Ergebnissen nicht deckt.

1.2 Angaben der Studierenden

Die Gründe, die die Studierenden selbst für ihr Kommen angaben, wurden in einem Fragebogen, der ihnen vor der ersten Beratungsstunde vorgelegt wurde, differenzierter erfaßt als die Therapeutenurteile (s. Anhang, Kap. IX.2). Zehn Fragen (Items mit zweiseitigen Statements und 7-stufiger skaliert Antwortmöglichkeit) betrafen verschiedene Problembereiche, die nach den Erfahrungen der Studentenberater der Klinik für das Aufsuchen der Beratung relevant sind. Eine weitere Frage galt der Intensität des Leidensdruckes, drei weitere bezogen sich auf die Einstellung zur Beratung. Das folgende Beispiel zeigt die Anlage der Items:

Arbeitsschwierigkeiten sind für mein Kommen wenig	3 2 1 0 1 2 3	sehr aus- schlaggebend
---	---------------	---------------------------

Anlaß und tiefere Motivation sind in den Antworten zunächst nicht zu unterscheiden. Der Hintergrund der Angaben läßt sich jedoch durch den Zusammenhang mit den übrigen Antworten des Fragebogens und den Items der anderen Fragebögen erhellen. Es muß offen bleiben, inwieweit hier, psychoanalytisch gesprochen, Abwehraspekte eine Rolle spielen, die in späteren Phasen einer eventuellen Behandlung möglicherweise ein verändertes Bild ergeben. Die hier berichteten Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt vor dem ersten Beratungsgespräch.

Der Fragebogen wurde erst im Laufe des Jahres 1969 in die Routinedokumentation eingeführt; die Ergebnisse beruhen da-

her auf den Angaben etwa des zeitlich letzten Viertels der Beratungsklientel im Zeitraum 1968/69 (N = 71). Es besteht jedoch kein Grund zur Annahme, die Resultate gälten nicht ähnlich für die gesamte Beratungsgruppe.

1.21 Stellenwert der Problembereiche

Als Maß für den Stellenwert der einzelnen Problembereiche wurde das arithmetische Mittel der Angaben der Gesamtgruppe benutzt. Tab. 10 enthält die Mittelwerte für die zehn vorgegebenen Bereiche, wobei die sieben Stufen der Skalen von geringer bis starker Ausprägung mit 1 - 7 gewertet wurden (im obengenannten Beispiel also von links nach rechts gezählt). Außerdem enthält die Tabelle den Prozentsatz jener Studierenden, die eine der drei oberen Extrempositionen ankreuzten (im Beispiel also 1,2 oder 3 auf der rechten Seite). Der genaue Wortlaut ist im Anhang (Kap. IX. 2) nachzulesen.

Tab. 10: Problembereiche (motivierende Beschwerden) nach Angaben der Studierenden

Frage Nr.	Stichwort	Mittelwert / %	
4	seelische Probleme	6.1	87
1	Möglichkeit, über Probleme zu sprechen	5.4	79
3	mehr Klarheit über mich gewinnen	5.4	75
9	Arbeitsschwierigkeiten	4.7	59
13	möchte es im Kontakt mit anderen leichter haben	4.4	57
10	sexuelle Probleme	4.3	52
8	Schwierigkeiten mit einem Freund/ einer Freundin	4.2	55
6	Schwierigkeiten mit meinen Eltern	3.4	34
5	körperliche Beschwerden	3.2	32
12	unsicher, ob ich mich für das richtige Studium entschieden habe	2.6	21

Der Überblick zeigt, daß Studierende in eine psychotherapeutische Beratung hauptsächlich wegen starker seelischer Probleme kommen, am wenigsten wegen Unsicherheit in der Fachwahl. Sie möchten mehr Klarheit über sich gewinnen, nicht so sehr über das Studium. Sie suchen eine Gelegenheit, über ihre Probleme zu sprechen. Arbeitsschwierigkeiten, allgemeine Kontaktprobleme, sexuelle Probleme und Partnerschwierigkeiten sind ungefähr gleich wichtig, deutlich häufiger als Schwierigkeiten mit den Eltern. Körperliche Beschwerden als motivierende Störung treten in den Hintergrund.

Die psychischen Konflikte werden also in dieser Gruppe überwiegend bewußt empfunden, d.h. als solche akzeptiert. Sie sind vom Bedürfnis begleitet, sich selbst besser kennenzulernen, was für eine Offenheit psychischen Problemen gegenüber spricht. Die Studierenden sind auf der Suche nach ihrer Identität (Frage 3). Ausgetragen werden die Konflikte im wesentlichen auf den zentralen Gebieten des studentischen Lebensbereiches: der intellektuellen Arbeit und dem Kontakt, weniger im körperlichen Bereich. Das stimmt gut mit ERIKSONs Konzept überein, der Partnerschaftsbildung im Bereich der Arbeit und Sexualität als zentrale Aufgaben des jungen Erwachsenen sieht (ERIKSON 1950, 1959 b, 1966).

1.22 Zusammenhang der Problembereiche

Die skalierte Form der Items erlaubt durch Analyse von Korrelationen Aussagen darüber, welche Problembereiche in der Regel zusammen als motivierende genannt werden (signifikante positive Korrelation), welche sich eher ausschließen (signifikante negative Korrelation) und welche zwanglos zusammen auftreten könnten (insignifikante Korrelation) (s. Anhang Kap. IX. 4, Tab. 33). Auf diese Weise lassen sich folgende Feststellungen treffen:

1. Kontakt-, Sexual- und Partnerschaftsstörungen treten als motivierende Beschwerden gemeinsam auf, wobei sexuelle Störungen als genital-somatisierte Kontaktstörung aufgefaßt werden können.
2. Seelische Probleme und körperliche Beschwerden treten als Grund des Kommens eher getrennt auf, zeigen also eine Tendenz, sich auszuschließen. Das bestätigt u.a. die Auffassung, daß psychische Konflikte in der Somatisation aufgehen können. Das Körpersymptom kann also die seelische Belastung ersparen.
3. Wer Unsicherheit in der Studienwahl als Grund angibt, nennt auch Schwierigkeiten mit den Eltern (und umgekehrt). Dieser interessante Befund läßt das Studium noch deutlich als in familiärem Bezug stehend erkennen. Das Studium dürfte also weniger die Ablösung vom Elternhaus bedeuten, es soll sie erst erreichen. Das gilt für die Beratungsgruppe. Ob sich generell z.B. ein Zusammenhang zwischen Fachwechsel und Familiendynamik erschließen läßt, wäre auf Grund dieses Befundes zu prüfen.
4. Man könnte dazu neigen, die drei am stärksten angegebenen Momente: seelische Probleme (Frage 4), den Wunsch, über diese Probleme zu sprechen (Frage 1), und den Wunsch, mehr Klarheit über sich zu gewinnen (Frage 3), als eine einzige Motivationsgruppe zu sehen. Das bestätigt sich nicht. Gemeinsam tritt nur das Verlangen nach Gespräch und Selbsterfahrung auf. Im folgenden Abschnitt wird der unterschiedliche Hintergrund dieser Angaben deutlich.
5. Wer angibt, wegen Arbeitsschwierigkeiten die Beratung aufzusuchen, betont gleichzeitig, daß die Möglichkeit, über seine Probleme sprechen zu können, viel Bedeutung für sein Kommen hat. Eine Interpretation dieses Zusammenhangs ist mangels weiterer Hinweise schwierig. Die aus der Beratungstätigkeit bekannte große Bedrohlichkeit der Arbeitsstörung

für Studierende, die durch sie ihre gesamte Ausbildung gefährdet sehen, und eine anderorts nicht gegebene Gelegenheit, sich über diese Störungen mit Hoffnung auf Hilfe auszusprechen, mag hier am ehesten eine Rolle spielen.

Darüberhinaus treten keine weiteren signifikanten Beziehungen zwischen den Angaben auf. Der oft betonte Zusammenhang zwischen Arbeitsschwierigkeiten und sexuellen Störungen bei Studierenden (Störung des "doppelten Potenzbeweises", ZIOLKO 1967) bestätigt sich hier also nicht generell. Auch treten Körperstörungen als Motiv des Beratungswunsches relativ unabhängig von Arbeitsschwierigkeiten auf, was bedeutet, daß somatisch-vegetative Störungen sich nicht überwiegend negativ auf die Arbeit der Studierenden auswirken. Ebenso wenig ist ein zwingender Zusammenhang zwischen der Angabe von seelischen Konflikten und von Arbeitsstörungen als Grund des Kommens nachweisbar. Das könnte damit zusammenhängen, daß die Arbeit erfahrungsgemäß auch als konfliktfreie, ungestörte Tätigkeit bei der Überwindung psychischer Probleme helfen kann, etwa bei depressiven Problemen. Sie kann auch - etwa bei zwanghaften Persönlichkeiten - ein vom übrigen Leben isolierter, d.h. schwer beeinflubarer Bereich sein (s. auch Kap. IV. 4).

1.23 Hintergrund der Problembereiche

Tieferen Einblick in die Motivationskonstellationen, welche die Studierenden in die Beratung führen, kann man gewinnen, wenn man die Angaben über die Hauptgründe für das Aufsuchen der Beratung zu ihren Angaben über andere Merkmale in Beziehung setzt. Zu diesem Zweck wurden sie mit den Angaben aus einem Persönlichkeitsfragebogen, einem Fragebogen zum Arbeitsverhalten und einem Fragebogen zur Situation an der Universität korreliert. Diese Fragebögen sind im Anhang (Kap. IX. 2) abgedruckt. Näheres zu den Fragebögen findet sich in den Abschnitten 2, 4 und 5 dieses Kapitels. Die folgenden Beschreibungen bilden gewissermaßen das psychosoziale Umfeld der Beratungsmotivation

ab. Sie beruhen auf den Selbstbeschreibungen der Studenten, wie sie durch die Itemformulierungen gegeben sind. Der besseren Lesbarkeit halber wurden die einzelnen Angaben sprachlich zusammengefaßt. Die zugrundliegenden Korrelationen enthält Tab. 33 im Anhang, wobei die geringe Reliabilität von Einzelitems die Korrelationen niedriger erscheinen läßt, als sie tatsächlich sind ("attenuation", vgl. GUILFORD 1954). Es muß beachtet werden, daß ein Großteil der Beratungsklientel mehrere Bereiche als ausschlaggebend für sein Kommen angibt. Wenn beispielsweise im folgenden das Umfeld der Angabe "seelische Probleme" diskutiert wird, so geht schon aus der Tatsache, daß 87 % mehr oder weniger stark diesen Grund nennen, hervor, daß die Beschreibungen nicht für eine bestimmte, genau definierte Gruppe innerhalb der Beratungsklientel gelten. Korrelationsbefunde sind "Mehr-weniger-Aussagen". Je stärker jemand also "seelische Probleme" als Grund des Kommens nennt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß er sich für bedrückt hält, zu Selbstvorwürfen neigt und wenig von sich preisgibt (s.u.). In diesem Sinne sind die folgenden deskriptiven Aussagen zu verstehen.

1.231 Intrapsychische Probleme

Studierende, die seelische Probleme als besonders entscheidend für ihr Kommen ansehen, halten sich im allgemeinen für bedrückt. Doch glauben sie, daß sie durch veränderte Lebensbedingungen sehr zu beeinflussen wären, und praktizieren das auch selbst, indem sie etwa, statt zu arbeiten, gern etwas Angenehmeres unternehmen. Ihre depressive Stimmung erscheint somit noch situationsbestimmt, außenabhängig, flexibel. Sie tendieren zu Selbstvorwürfen, was herausgestellt werden sollte, da solche Menschen in Gruppen dazu neigen, sich selbst betont zum Patienten zu organisieren. Sie haben in diesen Schuldgefühlen eine intrapsychische Tendenz, die ihre Eignung zum Sündenbock ausmacht. Das ist im großen und ganzen für die gesamte Beratungsgruppe charakteristisch, da seelische Probleme am stärksten angegeben werden.

Ihrer erhöhten Introspektion, ihrem Kontakt nach innen, entspricht nicht der Kontakt zu anderen: sie glauben, wenig von sich preiszugeben und wenig Bedürfnis nach Liebe zu zeigen. Im Geben und Verlangen anderen Menschen gegenüber sind sie also zurückhaltend. Das hat folgende wichtige Konsequenzen: Wer bedrückt ist, redet also nicht von selbst, ist nicht von sich aus aktiv um Hilfe bemüht.

Je mehr der Möglichkeit, über die Probleme sprechen zu können, Bedeutung für das Kommen beigemessen wird, desto mehr spielen dabei andere Eigenschaften als die oben genannten eine Rolle: die Überzeugung, leicht anziehend zu wirken und über gute schauspielerische Fähigkeiten zu verfügen. Man ist offensichtlich mit diesem narzißtischen Element und gewissen exhibitionistischen Fähigkeiten im Kontakt begünstigt. Man fühlt sich auch im Studium besser informiert, ist ehrgeizig, empfindet die Professoren eher als strenge Prüfer. Es entsteht in diesem Zusammenhang der Eindruck, daß solche Studenten geradezu nach Klarheit über sich verlangen, wenn sie in die Beratung kommen. Am ehesten werden auch Arbeits-schwierigkeiten als Grund genannt.

Wer nun in der Beratung in erster Linie Klarheit über sich gewinnen möchte, will zwar auch über seine Probleme sprechen, macht aber sonst einen ganz anderen Eindruck, nämlich den eines fügsamen, zurückgezogenen Menschen, der sich anderen fern fühlt und sich im Gegensatz zu anderen für über Psychotherapie wenig informiert hält. Er nimmt ferner an, Professoren könnten Kritik nicht ertragen. Dieses Bild dürfte einem unsicheren, zurückgezogenen Menschen entsprechen, dessen Hauptproblem die Konstitution seiner eigenen Identität ist. Den Professoren dürfte er seine eigene Kritikempfindlichkeit zuschreiben. Gleichzeitig läßt diese Meinung über die Professoren gemeinsam mit der Angabe der eigenen fügsamen Einstellung auch auf eine ambivalente, latent aggressive Haltung gegenüber Autoritätspersonen schließen. Der Kontakt zu anderen tritt wohl aus eigener Unsicherheit und Ambivalenz zurück.

1.232 Kontaktstörungen

Wir haben gesehen, daß Kontaktprobleme, Schwierigkeiten mit Partnern und sexuelle Störungen eine überwiegend zusammenhängende Gruppe von Motiven darstellen, die Beratung aufzusuchen. Diesem Zusammenhang entspricht auch ein gemeinsamer Bezug zu drei Angaben im Selbstbild (GPI). Studierende, die sich in weiteren und engeren Beziehungen zu anderen (und somit auch im sexuellen Bereich) gestört fühlen, meinen wenig Vertrauen zu anderen zu haben, schwer anziehend auf andere und älter im Vergleich zu Altersgenossen zu wirken. Die Vertrauensstörung scheint hier generell den Kontaktproblemen, insbesondere den sexuellen Störungen zugrunde zu liegen. Das Gefühl, wenig attraktiv und alt zu wirken, mutet resignativ an. Zu prüfen wäre, ob hier eine Grundstörung (BALINT 1968) vorliegen könnte.

Jede dieser Störungen im Kontaktbereich, die als Grund für das Aufsuchen der Beratung angegeben wurde, ist allerdings auch besonders charakterisiert und setzt sich insofern von den anderen ab. Der Wunsch, es mit anderen im Kontakt leichter zu haben, und die Angabe sexueller Probleme, haben einen breiten gemeinsamen Hintergrund: eine mißtrauisch-zurückhaltende Einstellung, die von Minderwertigkeitsgefühlen und Befangenheit besonders dem anderen Geschlecht gegenüber begleitet ist. Offensichtlich gehen hier allgemeine Kontaktstörungen mit bestimmten sexuellen Problemen zusammen. In beiden könnte man Störungen der Partnerschaftsbildung sehen.

Mit allgemeinen Kontaktstörungen treten bestimmte Arbeitsprobleme auf, in denen sich die konflikthafte Beziehung zu den Arbeitspartnern widerzuspiegeln scheint: Zweifel an Richtigkeit und Erfolg der Arbeit, stärkere Empfindlichkeit gegenüber Kritik. Interessant ist, daß diese Störungen nicht zum Hintergrund der eigentlichen Arbeitsschwierigkeiten gehören (s. Kap. IV. 4.). Kontaktgestörte fühlen sich bedrückt, neigen zur Introspektion, sie können schwer etwas von sich preisgeben. Sie können auch wenig Bedürfnis nach Liebe zeigen. Damit fehlt ihnen gerade die Möglichkeit des Trostes, mit denen andere ihre Trauer ausgleichen. Zwanghafte Züge werden deutlich: sie nehmen es mit der Wahrheit übergenu und glauben, gut mit Geld umgehen zu können.

Die Betonung sexueller Probleme als Motiv für den Beratungswunsch korreliert mit einigen Merkmalen kritisch-politischer Aktivität und Einstellung sowie mit beruflicher Identitätsproblematik. Die begleitenden Vertrauens- und Kontaktstörungen wurden erwähnt. Nicht überraschend ist die für dieses Item charakteristische Korrelation mit den Fragen zur Liebesfähigkeit im GPI, wohl aber, daß keine Korrelation mit der Angabe depressiver Gefühle nachzuweisen war. Zwei Hypothesen erscheinen möglich. Die eine sähe einen Zusammenhang zwischen einer allgemeinen Vertrauensstörung und einer Kontaktstörung: diese realisieren sich somatisch in der sexuellen Störung (auch als somatisches Äquivalent der Depression vorstellbar) und andererseits im politischen Engagement für eine vertrauenswürdige Sozialordnung (was dann auf der psychodynamischen Ebene als antiparanoides und antidepressives Verhalten zu verstehen wäre). Eine andere Hypothese könnte vom Krankheitsverhalten ausgehen und annehmen, daß politisch kritische Studierende, wenn sie psychische Konflikte haben, diese sexualisieren bzw. genital somatisieren und erst als solche für beratungsfähig halten.

Auch bei der Betonung von Partnerproblemen als Grund des Kommens wird politische Aktivität verstärkt angegeben. Darüberhinaus besteht bei Partnerproblemen aber ein Zusammenhang mit depressiven Merkmalen (Ängstlichkeit, Selbstvorwürfe, Verlorenheitsgefühl an der Universität). Je mehr ausdrücklich Partnerprobleme genannt werden, desto mehr treten auch depressive Gefühle hervor.

1.233 Probleme mit den Eltern

Wer besonders Schwierigkeiten mit den Eltern anführt, neigt dazu, sich minderwertig zu fühlen, vermeidet, seine Aggressivität zu zeigen, und geht auch sonst nicht leicht aus sich heraus. Ihm scheint allgemeine Zuwendung und stabilisierende Anerkennung der Eltern gefehlt zu haben und zu fehlen. Er möchte sich - vielleicht deswegen - gern an einen anderen Menschen binden. Sein Studium und seine Arbeit scheinen am stärksten in Mitleidenschaft gezogen zu sein: er ist unsicher über seine Studienwahl und fühlt sich an der Universität verloren. Er glaubt, Professoren - die in diesem Zu-

sammenhang als Elternnachfolger verstanden werden könnten - interessierten sich nicht für die Probleme der Studierenden. Mit seinen Arbeitsleistungen sind andere seiner Meinung nach unzufrieden. Er hat dementsprechend selten Freude an der Arbeit. Leicht ist in den Studien- und Arbeitsproblemen die familiäre Störung zu sehen, die in einem Mangel an elterlich vermittelter Sicherheit und Anerkennung zu resultieren scheint.

1.234 Arbeits- und Studienschwierigkeiten

Schwierigkeiten bei der Arbeit als Grund des Kommens sind von Lustlosigkeit, leichter Ermüdbarkeit und Ausweichenden begleitet. Arbeitsgestörte fühlen sich als Person, besonders aber in ihrer Arbeitsleistung, minderwertig eingeschätzt. Ebenso minderwertig erleben sie nun wiederum ihre wesentlichen Arbeitspartner, die Professoren: sie seien schlechte, kritikempfindliche Lehrer. Hier wird die Arbeitsstörung als Kommunikations- bzw. Interaktionsstörung deutlich. Nach psychoanalytischer Vorstellung können sich in der Arbeit aggressive und libidinöse Einstellungen leicht ausdrücken. Beide Einstellungen scheinen bei den Arbeitsgestörten konflikthaft: sie meiden Auseinandersetzungen und können wenig Liebe schenken. Die Arbeit scheint also in doppelter Weise, nämlich in ihrer aggressiven und libidinösen Funktionsmöglichkeit (etwa als Kritik gegen und als Geschenk für andere) gestört. Wird dagegen Unsicherheit in der Studienwahl als Grund betont, so oft gleichzeitig eine konflikthafte Beziehung zu den Eltern. Die Arbeit macht diesen Studenten selten Freude. Es scheint, als ob sie den Ausweg aus ihrem Dilemma der Unsicherheit und schwachen Arbeitsmotivation in äußeren Kontrollen sehen: sie möchten in ihren Leistungen mehr kontrolliert werden, dadurch vielleicht ihre Unsicherheit mildern, sie geben aber auch gleichzeitig große Angst vor diesen Kontrollen an. Der Prüfungskonflikt ist verständlich: die Prüfungen sollen der Kompensation ihrer Unsicherheit dienen; die Unsicherheit zeigt sich jedoch gerade

in diesen Kontrollen. Zudem werden Prüfungseltern gewünscht, die einen anerkennen, von denen aber auf Grund der Konflikte mit den eigenen Eltern leicht das Gegenteil befürchtet werden dürfte.

1.235 Körperbeschwerden

Wer vornehmlich wegen körperlicher Beschwerden eine psycho-therapeutische Beratungsstelle aufsucht, akzeptiert die Wirksamkeit psychischer Faktoren, ohne diese selbst als behandlungsbedürftig zu betrachten. Körperbeschwerden und seelische Probleme tendieren als Gründe des Kommens dazu, einander auszu-schließen. Die Körperbetonung korreliert mit der Tendenz, sich allgemein als unabhängig-dominant zu erleben. Das entspricht der Verleugnung seelischer Probleme bei psychosomatischen Patienten mit Körperbeschwerden (PLAUM 1968). Die Wahl des Körpers als Repräsentanzfeld für psychische Konflikte hat für die Studierenden neben dieser psychischen Entlastung einen bemerkenswerten Vorteil: die Arbeit bleibt ungestört. Es besteht ein Zusammenhang mit einer positiven Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit und der Erwartung, daß andere der gleichen Meinung sind. Trotz ihrer Neigung, andere zu lenken, bleibt der politische Bereich für sie uninteressant. Sie haben also ihre psychischen Konflikte günstig organisiert: die Gesellschaft akzeptiert körperliche Beschwerden eher als seelische, gratifiziert die ungestörte Leistung und kann diese Gruppe nicht als (politische) Störfriede empfinden.

1.24 Leidensdruck

Den Leidensdruck kann man als Maß für die Notlage der Studierenden ansehen, die in die Beratung kommen. Er gilt zudem als wichtige treibende Energie für jede Art psychotherapeutischer Behandlung. Ein Item des ersten Fragebogens bezog

sich darauf. Im Mittelwert erscheint der Leidensdruck eher stark, aber nicht übermäßig. Leidensdruck tritt am häufigsten bei Partnerkonflikten auf. Mit Körperbeschwerden ist er demgegenüber schwächer, wenn auch noch deutlich verbunden. Wer angibt, sehr unter den Problemen zu leiden, ist der Meinung, mit seinen Problemen nicht selbst fertig werden zu sollen, und neigt dazu, viel Bedürfnis nach Liebe zu zeigen.

Das bezieht sich auf die Selektion der Beratungsgruppe. Die Überzeugung, Hilfe von anderen zu benötigen, ist von der soziologischen Medizin als entscheidendes Moment im Krankheitsverhalten der Patienten erkannt worden (PFLANZ 1965). Bei der Beratungsklientel ist das Gefühl, zu leiden und Hilfe zu benötigen, außerdem verbunden mit der Fähigkeit, offen ein Bedürfnis nach Zuwendung zu zeigen. Man muß befürchten, daß innerhalb der Studentenschaft eine größere Zahl von Personen existiert, die bei gleichem Leidensdruck nicht den Weg in die Beratung findet, weil sie nicht in der Lage ist, ihre Bedürfnisse erkennbar werden zu lassen. Hier zeigt sich die Problematik des institutionalisierten einseitigen Weges des Leidenden zum Arzt, zumindest für den Bereich der psychodynamischen Medizin (vgl. Kap. VIII).

1.25 Einstellung zur Beratung

In diesem Abschnitt gehen wir auf den Hintergrund dreier weiterer Angaben ein (Item 7,14,11; s. Anhang IX. 2), der Meinung nämlich, man sollte selbst mit den Problemen fertig werden, der Fremdmotivation und der Informiertheit über Psychotherapie, die bei zunehmender Verbreitung psychotherapeutischen Wissens künftig das Krankheitsverhalten wesentlich beeinflussen könnte.

1.251 Paradoxe Einstellung

Erwartungsgemäß meinen die Studierenden, die in die Beratung kommen, überwiegend, sie seien nicht der Meinung, mit den eigenen Problemen selbst fertig werden zu sollen. Es gibt aber auch einige gegenteiliger Auffassung. Diese haben eine paradoxe Einstellung, da sie entgegen ihrer Meinung die Beratung aufsuchen. Sie befinden sich vermutlich in einem besonderen Konflikt zwischen Autonomie- und Abhängigkeitstendenzen. Das zeigt sich auch in anderen Angaben: sie halten sich generell für eigensinnig, bevorzugen Selbstständigkeit in der Arbeit und meinen, Professoren könnten Kritik gut ertragen. Andererseits glauben sie, Studenten seien abhängiger als ihre nichtstudierenden Altersgenossen, worin sich projektiv der Abhängigkeitswunsch zeigen dürfte. Das wird deutlicher: trotz des Abhängigkeitsgefühls wollen sie nämlich weder auf die Gestaltung der Universität Einfluß nehmen noch in politischen Stellungnahmen aktiv sein. Sie wünschen auch in ihren Leistungen mehr kontrolliert zu werden.

Ihre Neigung, viel preiszugeben, - bei gleichzeitig angegebenem Eigensinn - dürfte den Konflikt zwischen einer latenten passiven Tendenz und Autonomiestreben verdeutlichen. Sie meinen, wenig unter ihren Beschwerden zu leiden. Seelische Beschwerden erscheinen ihnen für ihr Kommen nicht entscheidend.

1.252 Fremdmotivation

Insgesamt kommen die Studierenden eher aus eigener Initiative in die Beratung. Je mehr der Anregung anderer gefolgt wurde, desto mehr wird Passivität offen zugegeben. Allerdings sind solche Studierende ängstlicher, glauben für minderwertig zu gelten, wenig Anerkennung zu finden, und haben demnach auch wenig Vertrauen zu anderen. Dies sind Faktoren, die das Aufsuchen der Beratung verhindern könnten, wenn nicht fremde

Initiative wirksam würde. Fremdmotivation korreliert mit der Nennung von Schwierigkeiten in der Beziehung zu den Eltern als wesentlichem Grund, die Beratung aufzusuchen. Vielleicht erleben die Studierenden die Beziehung zu den Beratern ähnlich wie die Beziehung zu den Professoren, in der sich wiederum die Elternkonflikte zu spiegeln scheinen: Die Studierenden erwarten von den Professoren kein Interesse für ihre Probleme.

1.253 Informiertheit über Psychotherapie

Wer in die Beratung kommt, gibt im allgemeinen an, weder besonders gut noch besonders wenig über Psychotherapie informiert zu sein. Diejenigen, die sich für gut informiert halten, sind nicht (mehr ?) der Meinung, eine Änderung der äußeren Lebensverhältnisse würde die seelische Verfassung stark beeinflussen. Dem entspricht ihre Einstellung in Hochschulfragen. Sie sind weder für das politische Mandat der Studentenschaft noch für größeren Einfluß der Studenten auf die Gestaltung der Universität. Sie kommen weniger in die Beratung, um Klarheit über sich zu gewinnen, die sie vielleicht auf Grund ihres Wissens bereits zu haben glauben.

2. Persönlichkeitsbild

Bei der Beschreibung kennzeichnender Persönlichkeitszüge von Studierenden in der Beratung treten - wie generell im Bereich der psychologischen Medizin - bestimmte diagnostische und nosologische Schwierigkeiten auf. Ein Problem liegt darin, daß manche Befunde (z.B. bestimmte Zwänge) nur im Fremdurteil (durch den Therapeuten) Symptomwert erhalten, während sie dem Patienten nicht als solche bewußt sind. Andererseits können die Therapeutenurteile verzerrenden Einflüssen ausgesetzt, z.B. von Persönlichkeit und Position des Urteilers teilweise mitbestimmt sein (vgl. etwa BECKMANN 1968). Der Bezug zwischen Selbsteinschätzung und Fremdbeurteilung, ein zentrales Problem der klinischen Urteilsbildung, kann dann untersucht werden, wenn Selbst- und Fremdurteile in den gleichen Merkmalen vorliegen. Zu diesem Zwecke wird in der Psychosomatischen Klinik das Gießener Persönlichkeitsinventar (GPI) in der Selbstbeurteilungsform (durch den Patienten) und der Fremdbeurteilungsform (durch den untersuchenden Therapeuten) verwendet. Die Resultate werden in dieser Arbeit noch nicht vorgelegt. Es wird vorerst nur über die Selbsteinschätzungen der Studierenden in diesem Fragebogen und über relativ globale Beurteilungen durch die Therapeuten berichtet.

2.1 Angaben der Therapeuten

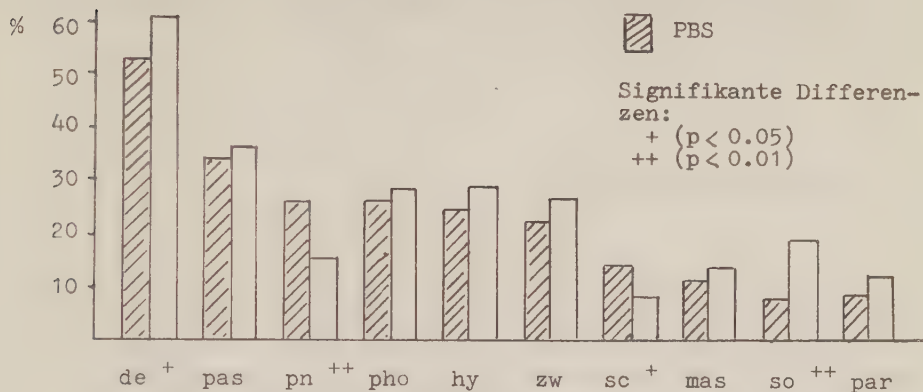
Im bereits erwähnten Erstuntersuchungsbogen, den die Therapeuten nach dem ersten psychotherapeutischen Gespräch mit den Studierenden ausfüllen, sind zehn sogenannte Charakterdiagnosen vorgegeben:

schizoider Charakter	(sc)	passiver Charakter	(pas)
paranoider Charakter	(par)	masochistischer Charakter	(mas)
depressiver Charakter	(de)	phallisch-narzißtischer	
Zwangsscharakter	(zw)	Charakter	(pn)
phobischer Charakter	(pho)	hysterischer Charakter	(hy)
		soziopathischer Charakter	(so)

Es handelt sich um Charakterformationen, denen Vorstellungen der psychoanalytischen Theorie zugrundeliegen. Der diagnostische Rahmen ist also bei diesen Angaben durch die psychoanalytische Orientierung der Untersucher gegeben. Auch hier beeinflussen Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten und die spezielle Interaktion zwischen Therapeut und Student (Übertragung - Gegenübertragung) die Angaben. Man hat also mit einer gewissen beratungsspezifischen Verschiebung in der Diagnostik zu rechnen, so daß Vergleiche der Verhältnisse in verschiedenen Beratungsstellen nur schwer möglich sind (vgl. MOELLER 1969 d). So hat sich in der Gießener Psychosomatischen Klinik herausgestellt, daß die Diagnose "phallisch-narzißtischer Charakter" fast nur bei männlichen Patienten, die Diagnose "hysterischer Charakter" fast nur bei weiblichen Patienten gestellt wird.

Die Therapeuten können mehr als ein Urteil abgeben, wenn die Diagnose nicht eindeutig ist. Im Mittel wurden zwei bis drei Charakterstrukturen für einen Studierenden angegeben. Fig. 4 und Tab. 34 (Anhang, Kap. IX. 4) zeigen die Häufigkeit, mit der die einzelnen Charakterstrukturen angegeben wurden, für die Beratungsgruppe und für eine Stichprobe aus der Poliklinik der Psychosomatischen Klinik (s. Anhang, Kap. IX. 3).

Fig. 4 : Diagnose der Charakterstrukturen in Studentenberatung und Psychosomatischer Poliklinik in %.



An erster Stelle werden depressive Charakterstrukturen angegeben. Dies gilt jedoch auch für die Poliklinik und könnte eine unspezifische Patienteneinstellung widerspiegeln. Die signifikante Differenz zwischen PBS und Poliklinik bei der Diagnose "Depressiver Charakter" ist wahrscheinlich auf den größeren Anteil weiblicher Patienten in der Poliklinik zurückzuführen ¹⁾. Der größere Anteil phallisch-narzißtischer und schizoider Charaktere in der Studentenberatung - beide werden häufiger bei Männern gesehen - läßt sich dadurch allein nicht erklären. Vermutlich imponieren hier ausbildungs- bzw. sozialisationsabhängige Merkmale. SPERLING (1968) wies auf "die relative Häufigkeit von schizoiden Persönlichkeitsstrukturen" unter Studenten hin. Der geringere Anteil sozio-pathischer Charakterstrukturen, d.h. solcher mit Verwehrlo-sungstendenzen im psychoanalytischen Sinne, könnte mit dem "sozialen Ort" der Diagnostiker zusammenhängen: Was bei stu-dentischen Patienten ausbildungsbedingt verbal gebunden er-

1) Würde man in der PBS das gleiche Verhältnis ansetzen wie in der Poliklinik, würde der Anteil depressiver Charakterstrukturen den bei Poliklinikspatienten angegebenen fast erreichen: PBS 58,4 statt 52,7; Poliklinik 60,6 %.

scheint und klinisch eher als phallisch-narzißtisches Exhibitionieren bewertet wird, drückt sich bei anderen Patienten aberbal in triebfreundlich erscheinendem "Agieren" aus und wird als soziopathisch charakterisiert. Doch sind das vorerst Vermutungen.

2.2 Selbsteinschätzung der Studierenden

Verlässlicher als globale Arzturteile sind die Aussagen der Betroffenen über sich selbst, sofern sie mit objektiv auswertbaren und nach Möglichkeit standardisierten Verfahren erhoben werden. In der Beratung wird, wie in der Psychosomatischen Poliklinik, das bereits im Abschnitt 1.23 dieses Kapitels erwähnte Gießener Persönlichkeits-Inventar (GPI) routinemäßig benutzt, das durch die Verwendung abgestufter Antwortkategorien eine differenzierte Auswertung gestattet. Der 40 Items umfassende Fragebogen (abgedruckt im Anhang, Kap. IX. 2) wurde von RICHTER und BECKMANN nach psychoanalytischen Gesichtspunkten entwickelt und an einer repräsentativen Stichprobe standardisiert (BECKMANN 1969).

Für jedes Item des GPI wurden die Angaben der Beratungsgruppe gemittelt und mit denen zweier Vergleichsgruppen verglichen. Die eine war eine Stichprobe ambulanter Patienten aus der Psychosomatischen Poliklinik, die andere eine studentische Kontrollgruppe. Letztere ist keine Zufallsstichprobe und insofern nicht notwendig repräsentativ für die Gesamtstudentenschaft. Sie ist jedoch nach einigen Merkmalen zusammengesetzt wie die Gießener Studentenschaft und kann der Beratungsklientel als eine Gruppe von Studenten ohne manifeste Behandlungsbedürftigkeit gegenübergestellt werden (über Einzelheiten s. Anhang, Kap. IX. 3).

Bei 25 der 40 Items ergeben sich statistisch signifikante (t - Tests) Unterschiede zwischen Beratungsklientel und studentischer Kontrollgruppe. Nicht alle dieser Merkmale sind jedoch spezifisch für die Studentenberatung. Es zeigte sich vielmehr, daß Beratungsstudenten und Poliklinikpatienten sich bei 17 dieser 25 Items nicht signifikant unterschieden. Im folgenden werden daher die Befunde in zwei Gruppen besprochen ¹⁾:

1. Unterschiede zwischen Beratungsklientel und anderen Studenten, bei denen sich keine Differenzierung zwischen studentischen und anderen Patienten findet. Obwohl wir uns bewußt sind, daß hier Merkmale des Krankheitsverhaltens eine Rolle spielen, betrachten wir diese Merkmale versuchsweise als unspezifische Neurosenmerkmale.

2. Besonderheiten in den Angaben der Beratungsgruppe, die sie sowohl von der studentischen als auch von der Polikliniks-Vergleichsgruppe absetzen, betrachten wir als studentenspezifische Neurosenmerkmale. Es muß hierbei offen bleiben, ob diese Merkmale nicht auch für andere Personen mit ähnlicher Sozialisation und Ausbildung zutreffen (z.B. Oberschüler oder Assistenten mit psychischen Konflikten). Zu beachten ist auch der Altersunterschied und der geringere Anteil von Frauen in der Studentenberatung.

2.21 Unspezifische Neurosenmerkmale

Im Gegensatz zu der studentischen Kontrollgruppe halten sich die Beratungsstudenten ebenso wie ambulante Patienten insgesamt für depressiv-ängstlich. Ihre seelische Verfassung bleibt von äußeren Umständen abhängig. Sie halten ihre Aggressivität zurück.

Diese Selbsteinschätzung korrespondiert mit den Therapeutenangaben, in denen depressive Charakterstrukturen am häufig-

1) Die entsprechenden Tabellen finden sich im Anhang, Kap. IX.4, Tab. 35.

sten auftraten (s. IV. 2.1). Die Beratungsgruppe ist auch in anderen Dimensionen den ambulanten Patienten ähnlich: Sie fühlt sich minderwertig - und das besonders im Kontakt zu anderen: Sie meint, wenig **attraktiv** zu sein und sich auch sonst nur schwer beliebt machen zu können. Diese Kontaktunsicherheit wird verstärkt durch die Tendenz, sich anderen fern zu fühlen, wenig Vertrauen zu haben und schwer aus sich herauszugehen. Hier bestätigt sich die mehrfach erwähnte Vertrauensstörung in zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie gilt für die Beratungsgruppe wie für ambulante Patienten.

Schließlich zeigen beide Gruppen gemeinsam deutlich phobische Züge. Sie sind nicht nur dem anderen Geschlecht gegenüber befangen, sie meiden überhaupt Geselligkeit. Die Häufigkeit phobischer Charakterstrukturen, die von den Therapeuten angegeben wurde, entspricht diesem Befund. Auch passive Tendenzen, die ja im depressiv-ängstlichen Verhalten schon mitschwingen und sich in den Charakterdiagnosen niedergeschlagen haben, werden in der Selbsteinschätzung der beiden Gruppen deutlich: Sie wollen gelenkt werden und glauben eher als schwach zu gelten. Beide Gruppen halten sich jedoch nicht für bequem: Sie meinen, sich im allgemeinen eher viel Mühe im Leben zu schaffen. Sie neigen zu Ungeduld. Die Angaben sprechen für eine große innere Spannung zwischen dem, was man gern erreichen bzw. sein möchte, und dem, was man real ist. Diese Diskrepanz zwischen Idealbild und Selbstbild scheint insgesamt größer zu sein als bei der Kontrollgruppe. Wir können einen Rückstand in der Selbstrealisation annehmen, den diese Patienten erleben. Dieser Rückstand könnte sich aus den psychischen Konflikten ergeben, welche die realisierenden Ichfunktionen stören.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Depression, Kontaktstörungen und Phobie, also eine Störung im Vertrauen zu sich selbst und zu anderen, als unspezifische Neurosenmerkmale auftreten. Sie führen insgesamt zu einer passiven und verschlossenen Einstellung.

Die Übereinstimmung zwischen Beratungsgruppe und Poliklinikspatienten ist also insgesamt sehr groß. Das zeigt sich in den Therapeutenurteilen, d.h. in den pauschalen Charakterdiagnosen, ebenso wie hier in der Selbsteinschätzung.

2.22 Studentenspezifische Neurosenmerkmale

Als studentenspezifische Neurosenmerkmale bezeichnen wir solche, bei denen die Beratungsklientel sich sowohl von der studentischen Vergleichsgruppe unterscheidet als auch von der Polikliniksklientel. Es ist hier zu unterscheiden zwischen Items, bei denen die Beratungsgruppe extremere Werte erreicht als die ambulante Patientengruppe, und solchen, bei denen sie gewissermaßen zwischen nichtberatenen Studenten und Poliklinikspatienten steht, sich gleichwohl von beiden Gruppen statistisch signifikant unterscheidet. Extremere Werte liegen für die Studierenden im Arbeitsbereich vor: Sie fühlen sich weniger anerkannt, sie können schwerer mit anderen zusammenarbeiten und sind unkonzentrierter als ambulante Patienten. Die zentrale Bedeutung der Arbeitsstörungen als Spezifikum bei Studenten bestätigt sich hier. Es handelt sich um eine intellektuelle, weitgehend auf eigener Initiative beruhende und praxisferne Arbeit. Wie erwähnt sind die intellektuellen Funktionen besonder gefährdet. Eine Störung der Arbeit selbst hat dann die ebenfalls

erwähnte negative Wirkung auf die ganze künftige Ausbildung (s. Kap. IV. 4.3). Beim nichtstudentischen Patienten spielen derartige Arbeitsprobleme keine Rolle, da die Arbeitssituation der meisten Patienten keine Ausbildung mehr bedeutet und auch inhaltlich anders ist.

Studierende erleben sich auch als gehemmter: sie glauben, ihre Interessen schlechter durchsetzen zu können, als die Patienten es von sich meinen. Studierende sind depressiver, sie neigen noch stärker als Patienten dazu, sich Selbstvorwürfe zu machen. Schließlich haben sie eine höhere Tendenz zur Introspektion.

Fehlende Durchsetzungsenergie und Neigung zu vermehrten Schuldgefühlen wären am ehesten mit der Entwicklungsphase junger Menschen im dritten Lebensjahrzehnt zu erklären. Dabei ist zu beachten, daß durch die Verzögerung beruflicher Aktivität bzw. durch die Sozialadoleszenz des Studiums (MOELLER 1969 d) wie durch die rezeptive und autoritäre Struktur des höheren Bildungswesens gerade diese Phase besonders belastet ist.

Die Tendenz zur Introspektion dürfte abhängig von dem höheren Bildungsstand der Studentengruppe sein. Repräsentative Untersuchungen in USA ließen Introspektionsneigung als ein bildungsspezifisches Merkmal erkennen (GURIN, VEROFF, FELD 1960). Gegenüber anderen Studierenden erscheinen die Studierenden in der Beratung in ihren Liebesbeziehungen gestört: sie geben an, wenig Liebe schenken zu können und in der Liebe wenig erlebnisfähig zu sein. Die Poliklinikpatienten sagen dieses im Mittel in signifikant noch größerem Ausmaß von sich als die Beratungsstudenten.

Da Studierende generell gegenüber nichtstudierenden Gleichaltrigen sich für erlebnisfähiger in der Liebe halten (BECKMANN 1969), könnte sich, gleich welche Ursache hierfür verantwortlich sein mag, diese Differenz auch in dem Unterschied zwischen studentischen und nichtstudentischen Patienten spiegeln.

Fassen wir zusammen: Studierende, die unsere Beratung aufsuchen, sind in ihrer depressiv-phobisch-passiven Selbsteinschätzung im wesentlichen ambulanten psychosomatischen Patienten ähnlich. Sie haben zusätzlich Arbeitsprobleme, die im wesentlichen auf der Ausbildungsfunktion ihrer Arbeit beruhen dürften. Sie haben auch Probleme in erotischen Beziehungen, wenn auch im Erscheinungsbild geringer als andere Patienten.

3. Körperbeschwerden

Wir haben bisher zu den Körperbeschwerden bei Studierenden, die in die Beratung kommen, drei wesentliche Ergebnisse feststellen können:

1. Etwa ein Drittel der Gesamtgruppe, insgesamt ein relativ geringer Anteil, sucht die Beratungsstelle wegen Körperbeschwerden auf (s. IV. 1.21). Nur etwas höher liegt der Befund von SIEDENTOPF (1968) an psychisch gestörten Studierenden: bei ca. 37 % wurde eine Neurose mit überwiegend somatischen Symptomen diagnostiziert. Gleichhoch liegt der Prozentsatz (37 %) bei ambulanten Patienten der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg (aus der Dekade 1950 - 1959; DE BOOR u. KÜNZLER 1963).

2. Körperbeschwerden und seelische Probleme als Gründe des Kommens tendieren dazu, sich gegenseitig auszuschließen. Das spricht für eine Somatisation psychischer Konflikte (s. IV. 1.22).

3. Körperbeschwerden sind mit großem Leidensdruck verbunden (s. IV. 1.24).

3.1 Die Beschwerdeliste

Die Art der körperlichen Beschwerden und der Grad der Belästigung durch sie wurden bei der Beratungsgruppe wie in der Poliklinik durch eine Beschwerdeliste erfasst, die von den Studierenden vor dem Erstinterview ausgefüllt wurde. Dieser Fragebogen enthält 58 Items. Durch Ankreuzen der Kategorien "nicht - kaum - einigermaßen - erheblich - stark" kann die Intensität (Grad der Belästigung) für jede einzelne Beschwerde angegeben werden. Die Beschwerdeliste wurde aus

Itemsammlungen einer Psychotherapeutengruppe (von KEREKJARTO, MEYER, von ZERSSEN) und einer daraus entwickelten Fassung für unsere Klinik von ZENZ ausgearbeitet. Sie ist im Anhang wiedergegeben (s. Kap. IX. 2). Detailliertere Auskünfte über die Beschwerdeliste bietet eine Publikation von ZENZ (1971).

3.2 Leitbeschwerden

Als Leitbeschwerden der Beratungsgruppe wurden jene betrachtet, für die das arithmetische Mittel der Gruppe (bei einer Bewertung der Antwort-Alternativen mit 0 - 4) einen Wert von 1,50 überschritt, d.h. in die Kategorie "einigermaßen" oder eine höhere Kategorie fiel. Das war in der Regel dann der Fall, wenn etwa 45 % der Beratungsgruppe sich "einigermaßen" oder stärker durch die betreffende Beschwerde belastigt fühlten. Tab. 11 zeigt die fünf in dieser Weise als Leitbeschwerden ermittelten Beschwerden.

Tab. 11 : Leitbeschwerden der Beratungsgruppe (mit Anteil der Gruppe, der sich "einigermaßen" oder stärker belastigt fühlte, in %)

Müdigkeit	67
rasche Erschöpfbarkeit	63
übermäßiges Schlafbedürfnis	43
Mattigkeit	53
starkes Schwitzen	47

Es handelt sich im wesentlichen um Beschwerden, die dem "Erschöpfungsfaktor" der ZENZschen Untersuchung angehören. Das Erschöpfungssyndrom bildet also das hervorstechendste psychosomatische Syndrom der studentischen Beratungsgruppe. Nur 32 % suchen, wie oben erwähnt, die Beratung ausdrücklich

wegen Körperbeschwerden auf, einzelne Körperbeschwerden werden jedoch von 47 bis 67 % der Gruppe als intensiver belästigend erlebt. Das bedeutet, daß selbst stärkere vorhandene Beschwerden zu einem großen Teil nicht motivierende Beschwerden sind. Über den Motivationswert einer Beschwerde entscheidet die individuelle Konfliktverarbeitung bzw. das Konfliktverhalten. Körperbeschwerden haben also außer ihrer erlebten Intensität noch einen psychischen Stellenwert. Der Motivationswert ist ein sehr pauschaler Stellenwert. Differenzierte Analysen zeigen, daß primärpsychogene über Somatisation entstandene Körpersymptome psychisch zurückwirken (im Sinne der zirkulären Wirkung) und sekundär-psychisch, nämlich symbolhaft, verarbeitet werden (SCHUR 1955). Der Stellenwert ist also intrapsychisch ein Symbolwert, wie er etwa von RICHTER und BECKMANN an der Herzneurose (Herz als Muttersymbol) dargestellt wurde (1969). Dieser Symbolwert ist natürlich sozialpsychologisch mitbestimmt.

Müdigkeit und Erschöpfung wurden auch von anderen Autoren bereits hervorgehoben. SPERLING widmete dem Phänomen der Müdigkeit bei Studenten eine Arbeit (1967). ZIOLKO betonte den Erschöpfungszustand im Rahmen eines studentischen Verhaltenssyndrom, der "Mönchskrankheit" (1969). Zahlenangaben liegen bei beiden Angaben nicht vor. Die Müdigkeit wurde als ein wesentliches Symptom auch von SIEDENTOPF hervorgehoben, jedoch auf Schlafstörungen bei 75 % ihrer untersuchten Gruppe zurückgeführt. Diese Rückführung bestätigt sich in unserer Untersuchung nicht ganz. Schlafstörungen wurden in unserer Gruppe nur in 43 % der Fälle angegeben.

Die Leitbeschwerden der Beratungsgruppe lassen sich mit den Leitbeschwerden von Patienten der Psychosomatischen Poliklinik vergleichen. Nach dem erwähnten Kriterium lassen sich 10 Beschwerden als Leitbeschwerden definieren (Tab. 12).

Diese Liste kann als das typische Beschwerdebild eines Patienten betrachtet werden, der eine Neurosekllinik aufsucht.

Tab. 12 : Leitbeschwerden ambulanter psychosomatischer Patienten (Daten von ZENZ 1971)

Müdigkeit *
rasche Erschöpfbarkeit *
Schlafstörungen
Herzklopfen, -jagen oder -stolpern
übermäßiges Schlafbedürfnis *
kalte Füße
Mattigkeit *
starkes Schwitzen *
Neigung zum Weinen
Kopfschmerzen

Ein Vergleich der Tabellen 11 und 12 zeigt, daß die Leitbeschwerden der Studentenberatung in der Liste der Leitbeschwerden der Poliklinik enthalten sind (in Tab. 12 mit * bezeichnet). Es fehlen bei den Studenten spezielle Organmanifestationen (Herzklopfen, -jagen, -stolpern; kalte Füße; Kopfschmerzen) sowie Schlafstörungen und Neigung zum Weinen unter den Leitbeschwerden.

Läßt man jedoch die absolute Häufigkeit außer Acht und vergleicht die 10 wichtigsten Beschwerden bei studentischen und bei Poliklinikpatienten, dann sind 9 der in Tab. 12 genannten Patientenbeschwerden unter den ersten 10 der Studentenberatung zu finden. Neigung zum Weinen fehlt in der Studentenberatung, an seine Stelle tritt leichtes Erröten. Da ersteres mehr bei Frauen, letzteres mehr bei

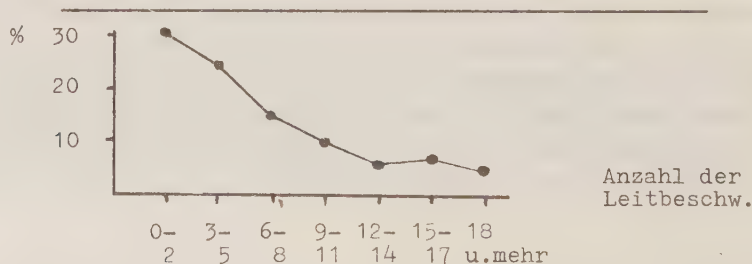
Männern auftritt (s. Kap. V. 1), könnte ein unterschiedliches Geschlechtsverhältnis (in der Poliklinik ist der Anteil an Frauen größer als in der Studentenberatung) für diese Differenz zwischen studierenden und Poliklinikpatienten verantwortlich sein.

Es zeigt sich also, daß Müdigkeit kein studentenspezifisches, sondern ein generelles Hauptsymptom ist. Darüberhinaus können wir festhalten: Studenten leiden an einer geringeren Anzahl intensiver Körperbeschwerden als andere Patienten. Sie leiden jedoch im wesentlichen an den gleichen Beschwerden. Angesichts der unterschiedlichen Selektion und Zusammensetzung der beiden Gruppen dürfte diese Unspezifität der Körpersymptomatik ein verallgemeinerungsfähiger Befund sein. Es bleibt hervorzuheben, daß sich bei Studierenden das Erschöpfungssyndrom stärker heraushebt.

3.3 Beschwerdedruck

Im individuellen Falle ist es zweckmäßig, bei der Vielzahl im Beschwerdebogen gering ausgeprägter Somatisationssymptome jene als individuelle Leitbeschwerden zu betrachten, die vom Patienten im Fragebogen als "erheblich" oder "stark" belastigend gekennzeichnet wurden. Ihre Summe nehmen wir als Maß für den körperlichen Beschwerdedruck (bzw. körperlich erlebten Leidensdruck) einer einzelnen Person. Die Verteilung dieser Beschwerdedruckwerte in der Beratungsklientel zeigt Fig. 5. ¹⁾

Fig. 5 : Verteilung der Beschwerdedruckwerte (Anzahl der Leitbeschwerden) in der Beratungsklientel (in %)

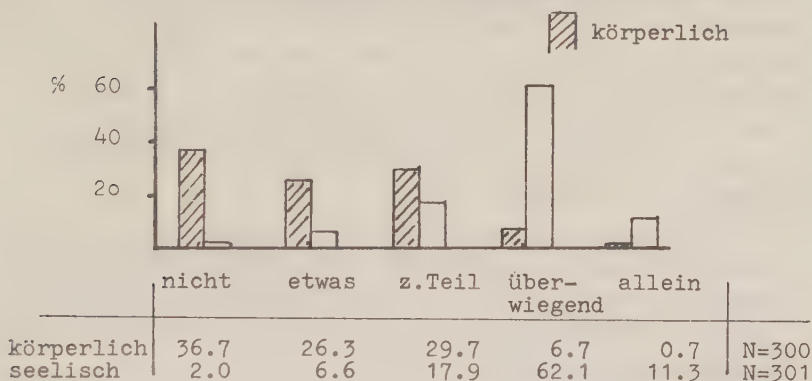


¹⁾ Die entsprechende Tabelle findet sich im Anhang (Kap. IX. 4)

3.4 Angaben zur Genese

Die Studierenden haben am Ende der Beschwerdeliste angegeben, inwieweit ihrer Meinung nach ihre Beschwerden körperlich, inwieweit sie seelisch bedingt sind (Fig. 6).

Fig. 6 : Angaben zur Psycho- bzw. Somatogenese der Beschwerden



Fast Dreiviertel der Beratungsgruppe (73,4 %) meinen, ihre Beschwerden seien überwiegend oder allein seelisch bedingt. Nur 7,4 % meinen, sie seien überwiegend körperlich bedingt. Immerhin aber schließen nur 36,7 % organische Ursachen ganz aus. Nur 2,0 % verneinen seelische Ursachen gänzlich.

Nehmen wir den früher erwähnten Befund hinzu, daß körperliche Beschwerden und seelische Probleme sich als Grund, die Beratung aufzusuchen, eher ausschließen, so können wir vermuten, daß Studierende, die vornehmlich wegen körperlicher Beschwerden kommen, zwar nicht ausreichend unter seelischen Konflikten leiden, um sie als motivierende Beschwerden zu empfinden, sie jedoch als Ursache ihrer Beschwerden durchaus akzeptieren.

4. Arbeitsverhalten und Arbeitsstörungen

Es wurde bereits erwähnt, daß nach den Angaben der Therapeuten etwa 60 % der Beratungsklientel an Arbeitsstörungen leiden. Gleichhoch liegt der Anteil der Studierenden, die Arbeitsschwierigkeiten mit als Grund nennen, die Beratung aufzusuchen (s. Kap. IV. 1). Es wurde gezeigt, daß Arbeitsstörungen nicht regelhaft mit anderen Störungen (etwa im Sexualbereich oder Kontaktschwierigkeiten) einhergehen. Das schließt nicht aus, daß im Einzelfall Arbeitsprobleme als kausal für andere Schwierigkeiten ermittelt werden können oder umgekehrt. Es besteht jedoch eine Beziehung zwischen der Bedeutung, die körperlichen Beschwerden für das Aufsuchen der Beratung beigemessen wird, und einer ungestörten Arbeitsfähigkeit.

Aus den Korrelationen, die zwischen einzelnen Merkmalen des Arbeitsverhaltens und der Angabe von Arbeitsschwierigkeiten als Grund des Kommens bestehen, läßt sich eine Definition der typischen Arbeitsstörung erstellen.

Wer wegen Arbeitsschwierigkeiten kommt,

- glaubt, daß andere mit seiner Arbeitsleistung eher unzufrieden sind,
- hat es eher schwer, bei einer Sache zu bleiben,
- unternimmt häufig etwas Angenehmeres, statt zu arbeiten,
- arbeitet eher unregelmäßig,
- hat eher selten Freude an seiner Arbeit,
- ermüdet eher nach kürzerer Zeit.

Diese Angaben beruhen auf Selbsteinschätzungen des eigenen Arbeitsverhaltens durch die Studierenden.

Mit Arbeitsschwierigkeiten als Motiv zum Aufsuchen der Beratung steht zudem eine charakteristische Haltung gegenüber Professoren in Zusammenhang. Sie werden als schlechte Lehrer

empfunden, die kritische Einstellungen der Studenten nicht ertragen können.

Da die Arbeit entscheidende Bedeutung für die Realisierung des Studiums hat, der Begriff Arbeitsstörung jedoch recht ungenau ist, wurde von uns ein Fragebogen über das Arbeitsverhalten entwickelt, um den Arbeitsbereich differenzierter zu erfassen. Wir werden in diesem Abschnitt also auf die diagnostische Dimension 'gestört' - 'nicht gestört' verzichten. Einzelne mit diesem Fragebogen gewonnene Befunde sind bereits in die vorhergehenden Abschnitte eingegangen.

4.1 Fragebogen

Merkmale des Arbeitsverhaltens sollten ohne die modifizierende Zwischeninstanz des Therapeutenurteils nach den Angaben der Studierenden selbst erhoben werden. Der Fragebogen enthält vorformulierte Stellungnahmen, die in ähnlicher Weise angeordnet sind wie im bereits besprochenen Motivationsfragebogen. Jedes Item besteht aus zwei gegensätzlichen Aussagen, die durch eine siebenstufige Skala getrennt sind. Der Befragte markiert auf der Skala die Einschätzung seines eigenen Verhaltens. Nicht alle Feststellungen sind von vornherein in einer der beiden Richtungen als "Störung" zu interpretieren. Sie beschreiben dann einfach Verhaltensweisen oder die Einstellung zu einer Verhaltensweise. Die Items wurden von Experten (Ärzten und Psychologen der Psychosomatischen Klinik mit Erfahrung in der Psychotherapeutischen Studentenberatung) formuliert und zusammengestellt. Da sie für Studierende aller Fachrichtungen gedacht waren, haben sie notwendigerweise einen Allgemeinheitsgrad, der von einzelnen Fachbesonderheiten absieht. Nach einer faktoren-

analytischen Vorstudie an einer Gruppe Marburger Studenten wurde die ursprünglich 30 Items enthaltende Liste überarbeitet und um die Hälfte verkürzt. Die endgültige Form mit 15 Items ist im Anhang wiedergegeben (s. Kap. IX. 2). Eine Faktorenanalyse der endgültigen Liste, der die Angaben einer Gruppe aus der allgemeinen Studentenschaft zugrunde liegen, läßt in Gestalt der Hauptfaktoren erkennen, welche Bereiche des Arbeitsverhaltens mit dem Bogen erfaßt wurden:

1. Sicherheit bzw. Unsicherheit in der Arbeit.
2. Großes bzw. geringes Engagement für die Arbeit, worin Momente der Arbeitsmotivation und der Stetigkeit enthalten sind.
3. Emotionale Unabhängigkeit bzw. Abhängigkeit in der Arbeit.

Näheres zu der Faktorenanalyse findet sich im Anhang (Tab. 37, Kap. IX. 4). Dem begrenzten Zweck des Fragebogens entsprechend wurde auf die Konstruktion von Skalen für diese Dimensionen verzichtet. Die Dimensionen dienen als Interpretationshilfe bei der Diskussion signifikanter Befunde.

4.2 Das Arbeitsverhalten der Beratungsgruppe

Die gemittelten Angaben der Studierenden in der Beratung über ihr Arbeitsverhalten lassen sich denen der studentischen Vergleichsgruppe (s. Anhang, Kap. IX. 3) gegenüberstellen. In den signifikanten Mittelwertsdifferenzen drückt sich eine globale Tendenz der Beratungsklientel aus, ihre Arbeitsgewohnheiten anders einzuschätzen. ¹⁾

¹⁾ S. Tab. 38 im Anhang (Kap. IX. 4)

Nur in drei Items lassen sich keine signifikanten Unterschiede nachweisen. Studierende, die in die Beratung kommen, unterscheiden sich nicht im Ehrgeiz bei der Arbeit: sie halten sich für ebenso ehrgeizig wie andere. Sie neigen durchschnittlich ebenso dazu, sich ablenken zu lassen, wie die Kontrollgruppe. Sie möchten ebenfalls lieber selbständig arbeiten als unter Anleitung.

In allen anderen Angaben unterscheiden sich die Beratungsstudenten deutlich von der Vergleichsgruppe. Dabei ergeben sich keine internen Widersprüche in der Richtung der Abweichungen. Wir fassen die Befunde nach den erwähnten Hauptdimensionen zusammen:

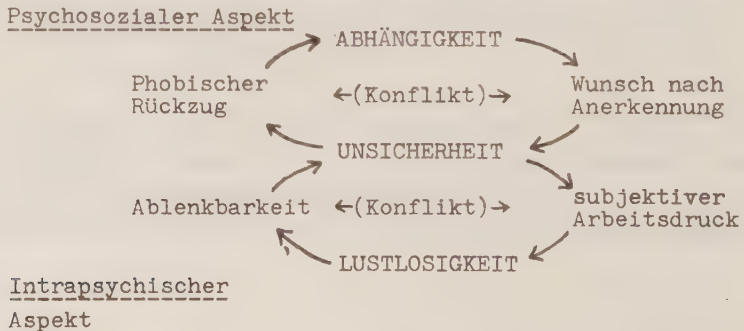
1. Beratungsstudenten sind unsicherer in der Arbeit. Sie zweifeln mehr an der Richtigkeit der Arbeit, sie trauen sich weniger Erfolg zu. Sie sind verlegener, wenn sie vor den Augen anderer etwas leisten sollen, sind kritikempfindlicher und trauen ihrem Gedächtnis weniger als andere.
2. Beratungsstudenten arbeiten generell weniger stetig und sind weniger arbeitsmotiviert als andere Studierende. Sie arbeiten unregelmäßiger, ermüden schneller und haben seltener Freude an der Arbeit. Dennoch sind sie nicht weniger ehrgeizig.
3. Beratungsstudenten sind abhängiger von der Einstellung zu Personen, die ihnen ihre Arbeit zuteilen. Ihre Leistungsbereitschaft hängt mehr von der Anerkennung anderer ab. Trotz dieser emotionalen Abhängigkeit arbeiten sie nicht gern unter Anleitung.

Zum Verständnis dieser Angaben läßt sich nach unserer Meinung folgender Konflikt annehmen: Beratungsstudenten sind besonders angewiesen auf Anerkennung durch andere. Diese Anerkennung scheint ihnen in ihrer psychischen Entwicklung zu

fehlen. Sie zu erlangen, haben sie aber geringe Aussichten, da sie aus Unsicherheit vermeiden, sich zu exponieren. Der Wunsch, selbständig zu arbeiten, erscheint in diesem Kontext eher als phobischer Rückzug vor erwarteter Kritik und Mißerfolg, weniger als Anzeichen für eine gewisse Arbeitsautonomie. Lustlosigkeit bei ungemindertem Ehrgeiz in der Arbeit zeigt einen Bruch in der Motivation. Es scheint sich um einen Ehrgeiz zu handeln, der nach einer Anerkennung strebt, an die der Studierende im Grunde nicht glaubt, sozusagen um einen reaktiven Ehrgeiz, das psychisch Unmögliche zu erzwingen. Der Ehrgeiz scheint seine primäre Quelle nicht in der eigenen Arbeitslust, sondern im kompensatorischen Anerkennungswunsch zu haben (MATUSSEK 1967).

Zwischen den drei Dimensionen dürfte es eine eskalierende Wechselwirkung geben. Im Bereich der psychodynamischen Medizin sind Symptome als quasi-permanentes Endprodukt einer linearen pathologischen Kette schwer vorstellbar (vgl. MOELLER 1969 f.). Vielmehr ist eine zirkuläre Wirkung anzunehmen. Sie könnte sich in diesem Falle als ein Circulus vitiosus zwischen den drei Hauptmerkmalen des Arbeitsverhaltens darstellen. Dieser müßte genauer herausgearbeitet werden. Das folgende Schema (Fig. 7) stellt nur einen Versuch dar, hypothetische Interdependenzen anzuordnen. Es ist zu beachten, daß nur Angaben innerhalb des Arbeitsbereiches verwertet, andere Wechselwirkungen nicht berücksichtigt werden können.

Fig. 7: Schema der hypothetischen Konflikte im Arbeitsverhalten



4.3 Arbeitsverhalten und Persönlichkeit

Psychoanalytisch gesehen ist die Arbeitsfähigkeit eine komplexe Ich-Funktion, deren Ungestörtheit FREUD neben einer konfliktfreien Sexualität als Hauptkriterium seelischer Gesundheit ansah. Sozialpsychologisch ist die Arbeitsfähigkeit durch ihre zentrale Bedeutung im Studium, wie allgemein in unserer Gesellschaft, hoch besetzt. Die berufliche Zukunft ist abhängig von der Realisierung der Ausbildung. Der Stellenwert der Arbeitsfunktion muß hier anders gesehen werden als in einer fertigen beruflichen Situation: die Arbeit verhilft hier zu einer bestimmten Selbstverwirklichung. Sie dient der Identitätsbildung, nicht nur dem Funktionieren in einer eingenommenen Rolle. Die Arbeit ist aus diesem Grunde auch Entwicklungskonflikten besonders ausgesetzt.

Zu dieser besonderen Gefährdung tritt nun bei vorliegender Störung noch eine psychosozial doppelt gefährdende Wirkung: nicht nur wird der gegebene Arbeitsbereich gestört, sondern der ganze künftige Ausbildungsweg, der auf diesem Arbeitsabschnitt beruht. Eine grobe Analogie wäre in Störungen einer Organfunktion gegenüber Störungen einer Organbildung zu sehen.

MALLESON bezeichnete die intellektuelle Arbeitsfähigkeit als besonders störbar durch Konflikte jeder Art. Aus diesem Grund ist der Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Persönlichkeit bzw. der vorhandenen Konflikte und dem Arbeitsverhalten nicht nur von größerem theoretischen Interesse, er hat vor allem therapeutische Konsequenzen. Die Hypothese einer primären und sekundären Arbeitsstörung (MOELLER 1969 f) mit unterschiedlichen Prognosen ließe sich hier weiter ausbauen oder überprüfen. Die Therapie einer sekundären Arbeitsstörung, die hypothetisch auf Störung einer sonst intakten Arbeitsfunktion durch Konflikte außerhalb des Arbeitsbereiches beruht, wäre auf die Lösung dieser Konflikte angewiesen. Es kann erwartet werden,

daß diese Konflikte sich in den Angaben der Studierenden zu ihrer eigenen Persönlichkeit abbilden.

In diesem Abschnitt wird der Bezug der Einschätzung des Arbeitsverhaltens zur Selbsteinschätzung der Studierenden im Gießener Persönlichkeitsinventar untersucht (s. IV. 2.2). Die Korrelationen der Items des Arbeitsfragebogens mit denen des GPI werden faktorenanalytisch geordnet (Einzelheiten zu Verfahren und Faktoren s. Anhang, Kap. IX. 4, Tab. 39). Die gewählte Faktorenlösung erbrachte drei Faktoren, die nur aus Items des Persönlichkeitsfragebogens bestanden, und zwei, die Persönlichkeits- und Arbeitsitems enthielten. Im folgenden werden dementsprechend beschrieben 1. Persönlichkeitsdimensionen, die keinen Zusammenhang mit dem Arbeitsverhalten erkennen ließen, 2. Bereiche, in denen sich Arbeitsmerkmale mit Persönlichkeitsmerkmalen verbinden.

4.31 Arbeitsunabhängige Persönlichkeitsbereiche

Nach den hervortretenden Items (mit den höchsten Ladungen) können die unabhängigen Persönlichkeitsbereiche, die keine generell festgelegte Wechselwirkung mit dem Arbeitsverhalten der Beratungsgruppe eingehen, folgendermaßen bezeichnet werden:

- a. psychosoziales Selbstvertrauen bzw. psychosoziales Minderwertigkeitsgefühl.
- b. Expansiv-dominante bzw. passiv-fügsame Einstellung.
- c. Offenheit und Zuwendung im Kontakt bzw. mißtrauisch-paranoide Einstellung.

Es handelt sich um drei komplexe Persönlichkeitsbereiche, die sich im wesentlichen auf das psychosoziale Verhalten beziehen. Selbstvertrauen, Dominanz und Aufgeschlossenheit steht in Minderwertigkeitsgefühl, Fügsamkeit und Befangenheit die entsprechende psychosoziale Störung gegenüber.

Diese Dimensionen haben also keinen Zusammenhang mit dem Arbeitsverhalten. Das steht in Einklang damit, daß Arbeitsschwierigkeiten als Grund des Kommens nicht regelmäßig mit Kontaktproblemen oder anderen psychischen Beschwerden zusammenhängen (S. IV. 1.22).

4.32 Arbeitsverhalten als Persönlichkeitsanteil

In geringem Maße mischen sich Merkmale der persönlichen Selbsteinschätzung mit dem berichteten Arbeitsverhalten:

- a. Unsicherheit und Abhängigkeit in der Arbeit geht mit einigen depressiven Merkmalen einher. Das gemeinsame Auftreten von Arbeits- und Selbstunsicherheit läßt bei näherer Betrachtung eine besondere Arbeitsstörung erkennen, nämlich die Störung zu den Bezugspersonen in der Arbeit: der Studierende ist angewiesen auf Anerkennung, bezweifelt aber den Erfolg seiner Arbeit. Er ist empfindlich, wenn Kritik geübt wird, und zweifelt, ob er seine Arbeit überhaupt richtig macht. Hier ist speziell der kommunikative oder psychosoziale Aspekt der Arbeit gestört.

Man könnte von einer Arbeitskontaktstörung sprechen. Hier wird im Arbeitsbereich die Abhängigkeit von anderen erlebt. Kontaktstörung und Arbeitsstörung sind legiert. Mit dieser Störung zu den Beziehungspersonen im Arbeitsbereich korrelieren depressive Merkmale. Wie erwähnt handelt es sich bei dieser Arbeitskontaktstörung um eine besondere Störung, die nicht der typischen Arbeitsschwierigkeit gleicht (vgl. Kap. IV. S. 60).

- b. Geringe Besetzung der Arbeit (Mangel an Motivation und Stetigkeit) geht mit wenigen Merkmalen aus dem GPI zusammen, die Ähnliches aussagen. Es handelt sich um die Angaben von Bequemlichkeit, Unkonzentriertheit und

die Meinung, andere seien mit der eigenen Arbeitsleistung unzufrieden. Angesichts der Differenz zwischen Beratungsklientel und Kontrollgruppe in den Einzelangaben sehen wir hier einen Abzug der Besetzung (im psychoanalytischen Sinne) vom Arbeitsbereich, der ihn von der Verbindung mit persönlichen Problemen befreit.

Es ist anzumerken, daß beide Dimensionen auch eine entgegengesetzte Richtung haben. Sie wären etwa mit Arbeits- und Selbstsicherheit bzw. hoher Besetzung der Arbeit zu bezeichnen.

4.33 Isolierung des Arbeitsbereiches in der Beratungsgruppe

Man könnte als Hauptcharakteristikum die Unabhängigkeit, die Autonomie des bei der Beratungsgruppe stärker gestörten Arbeitsverhaltens vom übrigen Persönlichkeitsbereich festhalten. Das stimmt mit dem Ergebnis einer amerikanischen Untersuchung überein (RUST 1960). Diese Unabhängigkeit entspricht einer Isolation des Arbeitsbereiches ("Splitting"), ohne daß verstärkt zwanghafte Züge damit verbunden sind. Der isolierte, abgekapselte Bereich kann dann auch durch Abzug der Besetzung für die übrigen Persönlichkeitsbereiche sozusagen entschärft werden.

Vergleichen wir die Ergebnisse mit der Analyse der Befunde an der studentischen Kontrollgruppe, so ergeben sich grundsätzlich ähnliche Zusammenhänge, d.h. eine ähnliche Faktorenstruktur. Allerdings sind bei der Kontrollgruppe die Dimensionen Arbeits- und Selbstunsicherheit und Besetzung der Arbeit durch weitere ihnen zugehörige Persönlichkeits-Items als stärker mit Persönlichkeitsanteilen integriert zu erkennen. Im Falle der Unsicherheit kommen bei der Kontrollgruppe ängstlich-passive Züge hinzu; die Dimension 'Besetzung der Arbeit' ist um Items erweitert, die auch im übrigen Persönlichkeitsbereich Verwahrlosungszüge (im psychoanalytischen Sinne) bzw. in der umgekehrten Richtung zwanghafte Züge erkennen lassen.

Das scheint zu bedeuten, daß bei der Beratungsklientel eine größere Neigung zur Isolierung des Arbeitsbereichs besteht. Zu beachten ist, daß Arbeitsschwierigkeiten jedoch nicht generell - wie etwa Körperbeschwerden - dazu tendieren, persönliche Probleme zu ersetzen, d.h. diese auszuschließen. Das mag daran liegen, daß die gängige Vorstellung der Körper - Seele - Trennung die Substitutfunktion der Körperbeschwerden für seelische Konflikte begünstigt, während Arbeitsschwierigkeiten üblicherweise schon in direktem seelischen Zusammenhang, d.h. als psychogene Störung angesehen werden. Der seelische Zusammenhang selbst ist jedoch nicht klar umrissen. Für sekundäre Arbeitsstörungen ergibt sich in dieser Untersuchung kein dominierender Einfluß bestimmter seelischer Konflikte. Das kann auch für einen sehr breit gefächerten, multiplen Einfluß sprechen, etwa im Sinne MALLESONS (1965), der die generelle Störbarkeit in intellektuellen Funktionen hervorhob.

Nur die spezielle Arbeitskontaktstörung, ein besonderes psychisches Syndrom also, ist deutlich von depressiven Gefühlen begleitet. Die Isolation des Arbeitsbereiches läßt überwiegend primäre Arbeitsstörungen erwarten, d.h. Störungen in der Ausbildung der Arbeitsfunktion selbst. In diesem Falle erfüllt die Unterweisung in Arbeitstechnik, wie sie etwa an der Beratungsstelle der Universität Göttingen durchgeführt wird, eine wichtige therapeutische Funktion (JAHNKE 1969 a, 1969 b).

5. Die Einstellung der Beratungsgruppe zur Universität

Es ging in diesem Teil der Untersuchung darum, die Einstellung der Studierenden zu einigen ausgewählten Aspekten der Situation an der Hochschule zu untersuchen. Der Zusammenhang dieser Einstellungen mit dem Arbeitsverhalten und Persönlichkeitsmerkmalen wurde über die entsprechenden Fragebögen erfaßt.

5.1 Fragebogen

Mit dem verwendeten Fragebogen wurde keine Vollständigkeit der angeschnittenen Bereiche angestrebt. Eine Gruppe von Mitarbeitern, die an der Studentenberatung beteiligt ist, formulierte die Fragen. In den Fragebogen wurde eine Auswahl von 14 Items übernommen. Sie bezog sich allgemein auf die Lage des Studenten an der Universität, auf die Einschätzung der Professoren im fachlichen Bereich und in ihrer Beziehung zu Studenten, auf die politische Aktivität der Studierenden und auf die Einstellung zu hochschulpolitischen Fragen. Der Fragebogen war zur Erleichterung der statistischen Verarbeitung wie der Arbeitsfragebogen und das Gießener Persönlichkeitsinventar in zweipoligen Statements mit einer siebenstufigen Skala angelegt (s. Anhang, Kap. IX.2).

Faktorenanalytische Untersuchungen zeigten¹⁾ daß der Fragebogen zwei Hauptdimensionen hat: Einstellung zur Institution Universität (wohlwollend bzw. kritisch), Einstellung zu Professoren (wohlwollend bzw. kritisch), sowie einige Items, hauptsächlich die persönliche Situation der Studierenden betreffend, die sich nicht zu einem Faktor verbanden.

¹⁾ s. Tab. 41 (Anhang, Kap. IX.4)

5.2 Einstellung zur Universität

Entsprechend der genannten Gruppierung der Items lassen sich die Ergebnisse des Vergleichs mit der Kontrollgruppe in drei Abschnitten erörtern. Gewertet werden signifikante Mittelwertsdifferenzen (s. Tab. 40 im Anhang, Kap. IX. 4).

- a. In den Items, die Einstellungen zu Institutionen, in engerem Sinne hochschulpolitische Meinungen betreffen, unterscheiden sich Beratungsklientel und Kontrollgruppe nicht. Beide Gruppen sind der Meinung, daß zuwenig Kritik an den Universitätsorganen geübt wird und die Studenten mehr Einfluß auf die Gestaltung der Universität erhalten sollten. Beide meinen, daß die Studentenschaft unbedingt zu allgemein politischen Fragen Stellung nehmen sollte. Für ihre Unzufriedenheit machen beide Gruppen äußere Umstände eher als persönliche Schwierigkeiten verantwortlich. Beide Gruppen beteiligen sich mit Maßen (weder sehr stark noch sehr wenig) an studentischen politischen Aktivitäten.

Die Ähnlichkeit beider Gruppen in dieser Hinsicht überrascht zunächst. Sie widerspricht sowohl der Erwartung, daß die depressiv-passiv-phobische Grundhaltung der Beratungsgruppe ein eher geringer ausgeprägtes Interesse im hochschulpolitischen Bereich zur Folge hat, als auch der Populärmeinung, psychisch gestörte Studierende seien politisch besonders aktiv. Daß sich diese Erwartung nicht bestätigt, erklärt sich wohl aus der Eindeutigkeit der realen Verhältnisse. Hier dominiert sozusagen nicht die psychische Störung im Urteil, sondern die für alle Studierende veränderungsbedürftige Situation an der Universität. Die Einhelligkeit beider

Gruppen spricht also am ehesten für objektiv frustrierende äußere Umstände.

- b. Die Beratungsgruppe unterscheidet sich sehr deutlich von der Kontrollgruppe in der Einschätzung ihrer Situation an der Universität. Die Studierenden in der Beratung haben sich im Gegensatz zur Kontrollgruppe oft an der Universität verloren gefühlt. Sie meinen häufiger, mangelhaft über den Aufbau des Studiums informiert worden zu sein. Sie haben nicht so genaue Vorstellungen, was sie nach dem Studium tun wollen, wie die Kontrollgruppe. Sie glauben häufiger, daß Studenten im Vergleich zu Gleichaltrigen, die im Beruf stehen, abhängiger sind.

Deutlich sind in diesen Angaben Depressivität (s. Verlorenheitsgefühl), Kontaktstörung (s. mangelhafte Information), Identitätsproblematik (s. keine genauen beruflichen Vorstellungen) und Passivität (s. Abhängigkeitsgefühl) zu erkennen.

In der subjektiven Einschätzung der persönlichen Situation an der Universität spiegeln sich also zentrale Verhaltensmerkmale und Störungen der Studierenden, die auch in den Angaben zu anderen Fragebögen zum Ausdruck kommen.

- c. Die Beratungsgruppe hat die gleiche, im Mittel neutrale Einstellung zu ihren Professoren wie die Kontrollgruppe - mit einer Ausnahme: sie schätzt die Kritikempfindlichkeit der Professoren stärker ein. Sie glaubt im übrigen, daß Professoren als Lehrer weder gut noch schlecht, als Prüfer weder milder noch strenger seien als sonst. Sie meint, daß Professoren an den Problemen der Studenten weder stark noch gar nicht interessiert seien.
- Die von ihnen angegebene erhöhte Kritikempfindlichkeit der Professoren ließe sich am ehesten durch eine

projizierte eigene Kritikempfindlichkeit erklären. Das wird bekräftigt durch die Angabe, daß die Beratungsgruppe in größerem Ausmaß meint, schwer über die Kritik an ihrer eigenen Arbeit hinwegzukommen, als die Kontrollgruppe (s. IV. 4.2). Genau gesprochen handelt es sich hier nicht um eine vollständige Projektion, die mit dem Wahrnehmungsverlust für die eigene Kritikempfindlichkeit einhergeht, sondern um eine Gleichsetzung des fremden mit dem eigenen Verhalten.

Wie erwähnt, lassen sich faktorenanalytisch zwei Itemgruppen im Universitätsfragebogen als Hauptdimensionen herausheben. Dies gilt für die Beratungsgruppe wie für die Kontrollgruppe. Während jedoch die eine - Einstellung zur Institution - in beiden Kollektiven aus den gleichen Merkmalen besteht (s. Anhang, Kap. IX, Tab. 41), enthält die Dimension 'Einstellung zu Professoren' Items, die diesen Aspekt erweitern: Kritische Einstellung gegenüber Professoren verbindet sich mit der Forderung nach mehr Kritik und der Ablehnung von Leistungskontrollen, wobei der gleiche Zusammenhang für die umgekehrten Formulierungen gilt.

Hier zeigt sich, daß bei Studierenden, die in die Beratung kommen, also solchen mit manifesten psychischen Beschwerden, die Beziehung zu den Professoren das Verhältnis zu institutionellen Einrichtungen, besonders zu den Prüfungen bzw. Leistungskontrollen, mitbestimmt. Wir leiten daraus die Folgerung ab, daß sich bei Beratungsstudenten die Einstellungen zu Personen und zu institutionellen Fragen partiell vermengen, gleichgültig, ob es sich um die überwiegende kritisch-negative oder um eine unkritische bzw. positive Beziehung handelt. Eine nach dem unter a. gesagten naheliegende Interpretation wäre, eine Tendenz zur Personifizierung institutioneller Gege-

benheiten anzunehmen.

5.3 Einstellung zur Universität, Selbstbild und Arbeitsverhalten

Die Items des Universitätsfragebogens wurden mit denen des Gießener Persönlichkeitsinventars und des Arbeitsfragebogens einer gemeinsamen Faktorenanalyse unterzogen (s. Anhang, Kap. IX, Tab.39). Dabei ergab sich bei der Extraktion von 6 Faktoren eine unabhängige Dimension, die den Großteil der "Universitäts-Items" enthielt. Nur die Angabe, sich an der Universität oft verloren gefühlt zu haben, gehört zur oben als Arbeitskontaktstörung bezeichneten Itemkonfiguration und erweist sich als depressives Merkmal. Die Einschätzung der Professoren als schlechte Lehrer gehört zu der Dimension, die als geringe Besetzung der Arbeit (Mangel an Motivation und Stetigkeit) bezeichnet wurde. Nur diese letztere Angabe gilt allein für die Beratungsklientel. Man kann eine Gleichsetzung des eigenen desinteressierten Arbeitsverhaltens mit dem der Professoren (in ihrer Funktion als Lehrer) vermuten.

Alle anderen Befunde entsprechen denen, die die entsprechende Analyse für die Vergleichsgruppe zeitigt. Es ist festzuhalten, daß die Einstellung zu Institutionen und Professoren weitgehend unabhängig von den verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen ist.

Eine gesonderte Faktorenanalyse von Arbeits- und Universitätsfragebogen erlaubt bei der Extraktion von 5 Faktoren eine genauere Analyse (s. Anhang, Kap. IX. 4). Sie bestätigt das bereits bekannte Bild. Drei Arbeitsverhaltensdimensionen und zwei Dimensionen der Universitätseinstellung sind weitgehend unabhängig voneinander. Das bedeutet, daß vom Arbeitsverhalten nicht auf bestimmte Einstellungen zur

Universität geschlossen werden kann. Da sich mit geringer Modifikation die gleichen Faktoren bei der Kontrollgruppe ergeben haben, gilt das auch für die allgemeine Studentenschaft (vgl. BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969).

Die verbreiteten Ansichten, Arbeitsgestörte, oder - umgekehrt - glänzende Arbeiter unter den Studierenden seien generell besonders kritisch-aggressiv und politisch engagiert, bestätigen sich also nicht.

V. BESONDERHEITEN DER GESCHLECHTER, STUDIENPHASEN UND FACHGRUPPEN

Die in den vorhergehenden Abschnitten berichteten Ergebnisse beziehen sich auf die Beratungsklientel als Gesamtgruppe. Es liegt nun nahe zu vermuten, daß einige Merkmale, die für die Lage des einzelnen Studierenden an der Universität von großer Bedeutung sind, z.B. die Studienphase, in der Beratungsgruppe auf Erscheinungsbild, Intensität etc. von Störungen wenigstens modifizierend Einfluß nehmen. Im vorliegenden Kapitel werden daher drei Klassifikationen der Beratungsklientel vorgenommen: nach Geschlecht, nach Fachzugehörigkeit und nach dem Abschnitt des Studiums, in dem sich die Studierenden befinden. In Abhängigkeit von diesen Merkmalen werden die übrigen Variablen (persönliche Daten, Körperbeschwerden, Arbeitsverhalten etc.) untersucht. Dabei werden, varianz-analytisch gesprochen, nur die Haupteffekte dieser Faktoren berücksichtigt, keine Wechselwirkungen. Es wird z.B. also nicht das unterschiedliche Selbstbild weiblicher Studierender in verschiedenen Studienphasen untersucht. Die Analyse derartiger Wechselwirkungen bleibt weiteren Arbeiten vorbehalten.

1. Studentinnen und Studenten

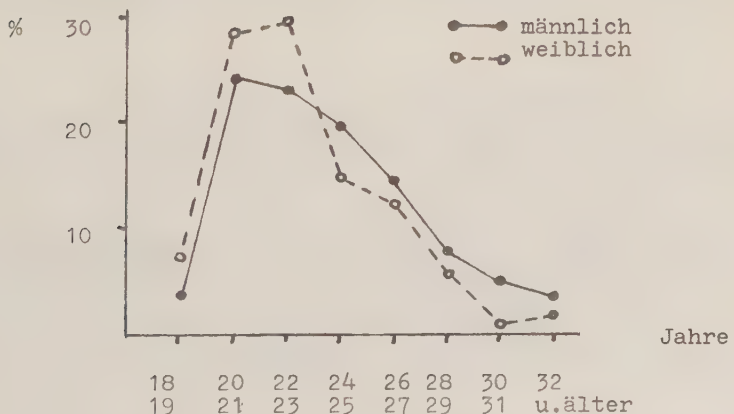
1.1 Persönliche Daten

Studentinnen sind in der Beratungsgruppe im Mittel etwa 1 1/2 Jahre jünger als Studenten (22,9 Jahre gegenüber 24,2 Jahren). Das entspricht ungefähr den Verhältnissen in der westdeutschen Studentenschaft überhaupt (vgl. KATH 1969). Daher dürften auch die vermutlichen Gründe für den

Altersunterschied nicht beratungsspezifisch sein: Frauen wählen öfter kürzere Studiengänge - in Gießen insbesondere durch die Fachgruppe Erziehungswissenschaft stark vertreten - , haben einen höheren Abbrecherprozentsatz und einen steigenden Anteil bei Erstimmatrikulierten seit Kriegsende. Bei Studenten fallen ins Gewicht: Wehrdienst, häufiger Praktika vor Studienbeginn - KATH nennt etwa die kaufmännische Lehre bei Betriebswissenschaftlern - und häufiger ein Erwerb der Hochschulreife über den zweiten Bildungsweg (vgl. dazu KATH 1969).

Fig. 8 zeigt die unterschiedliche Altersverteilung für männliche und weibliche Studierende in der Beratung; Tab. 42 (Anhang) die entsprechenden Werte auch für die Frankfurter Beratung. In den jüngeren Altersstufen überwiegen prozentual die Studentinnen in der Beratung, während die Studenten deutlich in höheren Gruppen hervortreten. Dies liegt, wie gesagt, z.T. an dem höheren Eintrittsalter der Studenten, z.T. an dem größeren Anteil der Erziehungswissenschaftler bei den Studentinnen.

Fig. 8 : Altersverteilung bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS (in %)



Im Familienstand unterscheiden sich die Geschlechter in der Beratungsklientel.¹⁾ Verheiratete Studenter sind in unserer Beratung deutlich unterrepräsentiert, verheiratete Studentinnen deutlich überrepräsentiert, wenn man die Verhältnisse in der westdeutschen Studentenschaft zum Vergleich heranzieht oder auch ältere Angaben über die Gießener Studentenschaft. Für den ersten Jahrgang der Frankfurter Psychotherapeutischen Beratung ergibt sich dieses Verhältnis nicht (HÖRNIG u.a. 1970). Tab. 13 zeigt die Anteile der Verheirateten für die entsprechenden Gruppen.

Tab. 13 : Anteil der Verheirateten bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS Gießen (1968/69), der Universität Gießen (1964/65, SCHELLENBERG 1966), der Westdeutschen Studentenschaft (1967/68, KATH 1969) und der PBS Frankfurt (1969/70, HÖRNIG u.a. 1970).

	PBS Gießen	Univ.Gießen (1964/65)	Westdt.Stud. (1967/68)	PBS Frankf. (1969/70)
Studentinnen	15,6	5,8	7,2	4,3
Studenten	6,6	12,5	12,4	13,9

Kein anderer Schluß scheint uns möglich, als daß eine höhere psychische Belastung der Studentin durch die Ehe, eine Entlastung des Studenten durch die Ehe vorliegt. Auch hier müßten in einer Detailstudie die besonderen Konfliktbereiche untersucht werden. Es wäre z.B. denkbar, daß verheiratete Studenten durch nichtstudierende, berufstätige Ehefrauen in ihrer Lebenssituation entlastet werden, während verheiratete Studentinnen zusätzlich zu ihrem Studium die Funktion einer Hausfrau mit den entsprechenden Rollenkonflikten wie objektiven Belastungen wahrnehmen müssen.

1) $\chi^2 = 6,49$, df = 1, p < 0,05

Im Anteil der Konfessionen und der Staatsangehörigkeit unterscheiden sich die Geschlechter nicht.

1.2 Familiäre Situation

In den Angaben über Vater, Mutter und Geschwister unterscheiden sich Studenten und Studentinnen im großen Ganzen nicht signifikant. Nur ein Befund tritt klar hervor: Studentinnen haben häufiger Mütter, die selbst ein Studium absolvierten, als Studenten (41 % gegenüber 33 %).¹⁾ In diesem Zusammenhang wird eine Tendenz auffällig, die zwar eine geringere statistische Signifikanz aufweist, doch in allen Merkmalen gleichgerichtet auftritt: das Elternhaus der Studentinnen hat generell einen höheren sozialen Status und Bildungshintergrund. Die Unterschiede sind jedoch nicht spezifisch für die Beratungsgruppe, da diese Tendenz mit der Erhebung von KATH (1969) übereinstimmt: auch in der allgemeinen Studentenschaft sind die Töchter aus Unterschichten gegenüber denen aus der oberen Mittelschicht und aus Akademikerfamilien noch stärker unterrepräsentiert als die Söhne (vgl. dazu auch PROSS 1969).

1.3 Studiensituation

Der Anteil an anderen Universitäten eingeschriebener Studierender in der Beratung unterschied sich bei den Geschlechtern nicht.

Die Fächerverteilung ist bei den Geschlechtern signifikant verschieden. Innerhalb der Fachgruppen ist jedoch der Anteil von männlichen und weiblichen Studierenden in der Beratungsstelle und an der Gießener Universität gleich.²⁾

1) $\chi^2 = 7,74$, df = 1, $p < 0,01$

2) Bei der Beratungsklientel wurden dabei nur die in Gießen Eingeschriebenen berücksichtigt.

Aus keinem Fach kommen also vermehrt weibliche oder männliche Studierende in die Beratung.

In der Gesamtgruppe (also unter Einschluß der auswärtigen Studierenden) setzen sich die Gruppen der männlichen und weiblichen Studierenden entsprechend Tab. 14 nach Fachgruppen zusammen.

Tab. 14 : Anteil der Fachgruppen bei männlichen und weiblichen Studierenden in der Beratungsgruppe (in %)

Studenten (N = 196)		Studentinnen (N = 107)	
1. Naturwissenschaften	24,9	1. Abt.f.Erziehungswiss.	31,2
2. Geisteswissenschaften (ohne So.Po. und Ps.)	14,2	2. Geisteswissenschaften (ohne So.Po.und Ps.)	20,1
3. Rechtswissenschaft	11,7	3. Psychologie	13,8
4. Medizin	10,2	- Soziologie, Politologie	13,8
5. Abt. f. Erziehungswiss.	7,6	5. Rechtswissenschaft	4,6
- Psychologie	7,6	- Naturwissenschaften	4,6
- Wirtschaftswissenschaft	7,6	- Medizin	4,6
8. Soziologie, Politologie	6,6	8. Landwirtschaft	2,8
9. Veterinärmedizin	5,1	9. Wirtschaftswissensch.	1,8
10. Landwirtschaft	4,1	10. Veterinärmedizin	0,9

Absolut gesehen dominieren also bei den männlichen Studierenden die Naturwissenschaftler mit ca. 25 % eindeutig, bei den weiblichen die Pädagogikstudentinnen mit über 30 %. Bei Zusammenfassung der hier getrennten Fächer der Philosophischen Fakultät ergab sich für diese ein Anteil von 28,4 % bei den Studenten bzw. von 47,7 % bei den Studentinnen.

Beim Vergleich der Semesterverteilungen von Studentinnen und Studenten muß man beachten, daß durch die große Zahl von Pädagogikstudentinnen an der Universität die Grundverteilung für beide Geschlechter unterschiedlich ist.

Fig. 9: Semesterverteilung bei männlichen und weiblichen Studierenden in PBS (1968/69) und Univ. Gießen (Sommer-Sem. 1969, Daten vom Universitäts- Sekretariat) (in %)

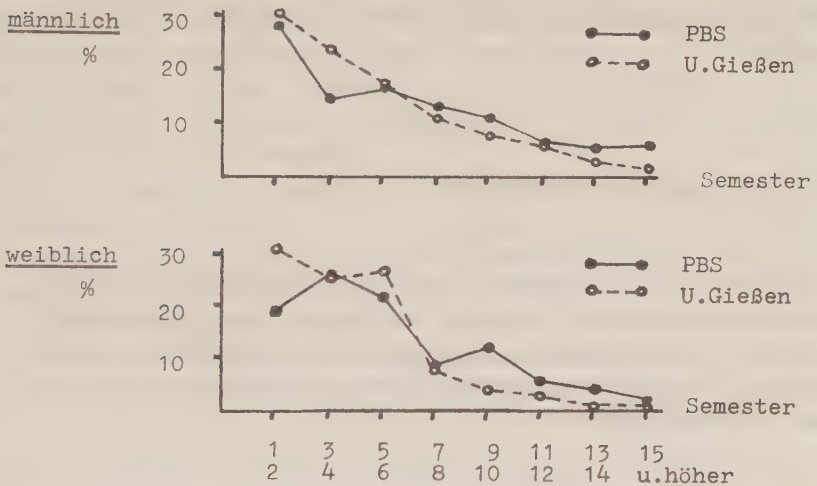


Fig. 9 zeigt für Studenten und Studentinnen getrennt die Semesterverteilung für Beratungsklientel und Gesamtstudentenschaft. ¹⁾ Gemeinsam ist beiden Geschlechtern, daß die höheren Semester, etwa ab 8. bis 10. Semester, überproportional in der Beratungsklientel vertreten sind. Während die mittleren Semester (um das 5. - 6. Semester, für die Pädagogik-Studierenden sind dies allerdings die Endsemester) etwa ihrem Anteil an der Universität entsprechend repräsentiert sind, gibt es für die davorliegenden eine interessante Geschlechtsdifferenz: Weibliche Studierende sind in den ersten beiden Semestern unterrepräsentiert, männliche im 3. - 4.. An anderer Stelle (BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969) haben wir bereits aufgrund anderen Materials die Vermutung geäußert, daß Studen-

1) s. Tab. 43 im Anhang, Kap. IX

tinnen mehr als Studenten den Studienbeginn als Chance zur Entfaltung ihrer Möglichkeiten erleben. Es ist denkbar, daß sich diese Erscheinung in einem geringeren Bedürfnis nach Beratung ausdrückt. Ein Vergleich mit der Frankfurter Beratungsstelle scheint wegen der unterschiedlichen Fachzusammensetzung nicht angezeigt.

Die Fachwechslerquote beider Geschlechter gleicht sich weitgehend.

1.4 Motivierende Beschwerden

Weder bei den Angaben der Therapeuten im Erstuntersuchungsbogen (vgl. IV. 1.1) noch bei den Angaben der Studierenden zu ihrer Motivation, die Beratung aufzusuchen (vgl. IV.1.21), lassen sich signifikante Unterschiede zwischen Studentinnen und Studenten feststellen.

Tab. 15 : Angaben der Therapeuten über Problembereiche der Studierenden (in %)

Störung	Studenten	Studentinnen
Arbeitsstörung	64	56
Kontaktstörung	64	61
Störung der körperlichen Sexualfunktion	20	23
Psychiatrische Einzelsymptome (z.B. Agoraphobie, Halluzinationen, Kleptomanie, Wahnideen usw.)	39	40
Perversion	4	0

Schon im Urteil der Therapeuten lassen sich also zwei gängige Hypothesen (vgl. z.B. LUNGERSHAUSEN 1968) nicht bestätigen, daß nämlich bei Studenten eher Arbeitsschwierigkeiten, bei Studentinnen Partnerkonflikte überwiegen. Die geringfügigen Unterschiede in dieser Richtung fallen nicht ins Gewicht. Die Mittelwerte für Studentinnen und Studenten in den Items des Motivationsfragebogens unterscheiden sich nicht signifikant. Ein Unterschied besteht jedoch im Leidensdruck: Studentinnen leiden signifikant stärker unter ihren Beschwerden als Studenten. Faßt man die Angaben über den Leidensdruck analog zu dem in Kap. IV. 1.21 benutzten Maß zu einem Prozentwert zusammen, so ergeben sich 91 % für Studentinnen, 75 % für Studenten. Aufgrund der belasteteren Studiensituation (vgl. BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969) ist anzunehmen, daß Studentinnen tatsächlich mehr leiden. Es mag hinzukommen, daß es Frauen in unserer Kultur eher gestattet ist, Leiden zuzulassen. Eine demonstrative Betonung im Sinne einer hysterischen Störung ist wegen des geringen Anteils entsprechender Charakterstrukturen (s. Kap. IV. 2.1) unwahrscheinlich.

In den Einstellungen zur Beratung (s. IV. 1.25) unterscheiden sich Studenten und Studentinnen nicht im Mittelwert ihrer Angaben. Beide Gruppen sind also nicht der Meinung, man solle eher selbst mit den eigenen Problemen fertig werden. Sie sind im Mittel etwas über Psychotherapie informiert. Beide Gruppen kommen überwiegend aus eigener Initiative in die Beratung.

1.5 Persönlichkeitsbild

1.51 Angaben der Therapeuten

Wie bereits in Kap. IV. 21 erwähnt, unterscheiden sich die Geschlechter nach der Häufigkeit einiger Charakterdiagnosen, welche die Therapeuten nach dem ersten Beratungsgespräch notierten. Bei Studenten werden häufiger zwanghafte, passive und phallisch-narzißtische sowie schizoide Charakter gesehen, bei Studentinnen häufiger depressive und hysterische. Die entsprechende Tabelle findet sich im Anhang (Kap. IX. Tab. 44).

Den unterschiedlichen Häufigkeiten von phallisch-narzißtischen und hysterischen Diagnosen liegt, wie erwähnt, eine terminologische Konvention zugrunde. Die größere Häufigkeit passiver Charaktere bei Studenten (fast 50 % gegenüber 7,5% bei Frauen) dürfte z.T. darauf beruhen, daß bei Männern als pathologisch imponiert und aus der Sicht des Patienten als beratungsbedürftig erscheint, was bei Frauen zum kulturellen Rollenstereotyp gehört: Passivität bei Frauen wird in unserer Gesellschaft in der Regel nicht als behandlungsbedürftig betrachtet.

Wenn Befunde über die Häufigkeit bestimmter Charaktere in anderen Studentenberatungsstellen von den hier berichteten abweichen, so ist - zusätzlich zu nosologischen Differenzen verschiedener therapeutischer Schulen - auch an ein eventuell anderes Geschlechterverhältnis zu denken.

1.52 Selbsteinschätzung der Studierenden

In der Selbsteinschätzung im Gießener Persönlichkeits-Inventar unterscheiden sich Studenten und Studentinnen unserer Beratung in 12 von 40 Angaben signifikant. In der Kontrollgruppe ergibt sich eine ebenso starke, teilweise aber anders geartete

Differenz zwischen Studenten und Studentinnen. Die Geschlechtsunterschiede im Selbstbild lassen sich daher in drei Gruppen erörtern (s. Tabelle 45 im Anhang, Kap. IX. 4).

1. Geschlechtsunterschiede, die in der Beratungsgruppe und in der Kontrollgruppe nachweisbar sind. Wir bezeichnen sie als unspezifische Geschlechtsunterschiede.
2. Geschlechtsunterschiede, die nur in der Kontrollgruppe nachweisbar sind: in der Annahme, daß psychische Störungen ein beiden Geschlechtern in der Beratung gemeinsames Verhalten erzeugen können, werden sie hier nivellierte Unterschiede genannt.
3. Geschlechtsunterschiede, die nur in der Beratungsklientel nachweisbar sind: beratungsspezifische Geschlechtsunterschiede.

1.521 Unspezifische Geschlechtsunterschiede

Geschlechtsunterschiede, die beiden Gruppen gemeinsam sind, können zum Teil als generelle Unterschiede der kulturbestimmten männlichen und weiblichen Rollenstereotype aufgefaßt werden, die von der psychischen Störung nicht beeinflusst, nicht nivelliert werden. Dieses Rollenstereotyp ist innerhalb der sehr spezifischen Gruppe der Studierenden in bestimmter Richtung abgewandelt. Wir skizzieren die Gemeinsamkeiten im weiblichen Selbstbild. Die Umkehrung gilt für übereinstimmende Züge im Persönlichkeitsbild männlicher Studenten.

Studentinnen (der Beratungs- und Kontrollgruppe) geben, wie Frauen überhaupt, Eigenschaften an, die zum weiblichen Rollenstereotyp unserer Kultur gehören: Sie legen mehr Wert

auf schönes Aussehen als männliche Studenten. Sie machen sich mehr Sorgen um andere und zeigen auch selbst mehr Bedürfnis nach Liebe (vgl. dazu BECKMANN 1969).

Nicht zur allgemeinen Geschlechtsdifferenz, wie sie in der Standardisierung des GPI erscheint, gehören jedoch folgende Unterschiede zwischen Studentinnen und Studenten beider Gruppen:

Studentinnen fühlen sich abhängiger von der Umgebung. Das dürfte mit ihrer belasteteren Situation an der Universität zusammenhängen. Im Kontakt zu Partnern allerdings erscheinen sie selbstsicherer als Studenten: Sie haben nicht nur eher das Gefühl, leicht anziehend zu wirken, sie sind auch unbefangener dem anderen Geschlecht gegenüber, als Studenten es von sich meinen. Schon hier ist das allgemeine Rollenstereotyp des "schwächeren" Geschlechts für Studentinnen nicht mehr zutreffend. Der letzte für Beratung und Vergleichsgruppe feststellbare Geschlechtsunterschied zeigt nun, daß sich das Rollenstereotyp in dieser Hinsicht tatsächlich umkehrt: Im Gegensatz zu Frauen im allgemeinen glauben Studentinnen generell für stärker gehalten zu werden, als Studenten es von sich angeben. Unter Studierenden wären also Studentinnen eher als das starke Geschlecht zu bezeichnen. Das dürfte u.a. an ihrer besonderen Selektion liegen, da sie ja trotz der noch bestehenden Bildungsbarrieren für Frauen ein Studium aufgenommen haben (vgl. KATH 1969, PROSS 1969).

1.522 Nivellierte Geschlechtsunterschiede

Bei Geschlechtsunterschieden, die nur in der Studentenschaft allgemein auftreten, ist zu überlegen, warum diese Differenzen nicht in der Beratungsgruppe zu finden sind. Studentinnen erscheinen in der Beratungsgruppe nicht bedrückter als Studenten. Sie neigen auch nicht stärker zu

Selbstvorwürfen als Studenten. In beiden Angaben unterscheiden sich sonst Studentinnen und Studenten. In der allgemeinen Studentenschaft erscheinen Studentinnen etwas depressiver (vgl. BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969). Dieser Unterschied ist in der Beratungsgruppe deswegen aufgehoben, weil die psychisch gestörten Studierenden allgemein stark depressiv sind. Der Unterschied ist also durch eine besondere Eigenschaft der Gruppe ausgeglichen.

Ähnliches gilt für die anderen Angaben: die Studentinnen der Beratung haben es nicht leichter als die Studenten, ausgelassen zu sein. Sie fühlen sich nicht jünger. Sie suchen nicht stärker Anschluß an einen anderen Menschen. Es handelt sich hier um geschlechtsdifferente Angaben, die durch psychische Störungen stark beeinflußt werden und sich in einer Beratungsgruppe angleichen.

1.523 Beratungsspezifische Geschlechtsunterschiede

Die für die Beratungsgruppe spezifischen Geschlechtsunterschiede lassen sich plastischer für die männlichen Studenten beschreiben, wobei hier die umgekehrte Formulierung für die weiblichen gilt. Es zeigt sich, daß sich in der Beratungsgruppe Studenten von Studentinnen durch ihre stärkere Kontaktscheu, Introvertiertheit und Zwanghaftigkeit unterscheiden. Sie meiden Geselligkeit und fühlen sich in der Liebe wenig ergebnisfähig. Sie kommen schwerer aus sich heraus und fressen eher Ärger in sich hinein. Sie sind überordentlich im Gegensatz zu den Studentinnen.

In der allgemeinen Studentenschaft sind diese Unterschiede nicht vorhanden. Vielleicht kann man in Kontaktscheu, Introvertiertheit und Zwanghaftigkeit besondere Verarbeitungsformen psychischer Konflikte bei männlichen Studenten annehmen. Mit diesen Selbsteinschätzungen korrespondieren die Angaben der Therapeuten, die bei Studenten mehr schizoide und Zwangscharaktere diagnostizierten als bei Studentinnen (s.V. 1.51).

Zu beachten ist, daß sich, wie erwähnt, die ganze Beratungsgruppe von der Kontrollgruppe durch eine Tendenz zu stärkerer Kontaktstörung unterscheidet. Die Männer weichen in den Merkmalen nur noch stärker ab.

1.6 Körperbeschwerden

Studentinnen und Studenten geben nicht in unterschiedlichem Maße an, wegen Körperbeschwerden in die Beratung zu kommen. Gleichwohl gibt es Unterschiede in der Art und Intensität der als belästigend empfundenen körperlichen Beschwerden.

Nach dem in Kap. IV. 3.2 benutzten Kriterium hat die Gruppe der Studenten vier, die der Studentinnen zehn Leitbeschwerden. Bei den Studentinnen gibt es also mehr Beschwerden, die von vielen als stärker belästigend erlebt werden, als bei Studenten. In Tab. 16 sind darüberhinaus für beide Gruppen die 10 bedeutendsten Beschwerden aufgeführt (bei den männlichen Studierenden auch einige, die nicht im genannten Sinne als Leitbeschwerden zu bezeichnen sind).

Die in beiden Gruppen wichtigsten Körperbeschwerden sind im wesentlichen jene, die als Leitbeschwerden der gesamten Beratungsklientel auftreten; es sind vor allem solche des Erschöpfungsfaktors (s. Kap. IV. 3.2).

Als für Studentinnen charakteristische können wir diejenigen unter ihren Leitbeschwerden betrachten, die bei den Studenten unter diesen fehlen: Es sind

- Neigung zum Weinen
- kalte Füße
- Überempfindlichkeit gegen Kälte
- Schwächegefühl

Neigung zum Weinen und wohl auch Schwächegefühl dürften zum kulturellen weiblichen Rollenstereotyp gehören, aber auch durch die reale Situation der Frau mitbedingt sein. ¹⁾ Als leichte Kälteempfindung ließen sich die beiden anderen Beschwerden bezeichnen, die wohl auch eine physiologische Basis haben.

Tab. 16 : Die 10 wichtigsten Körperbeschwerden bei männlichen und weiblichen Studierenden (mit Anteil der Gruppen, der sich "einigermaßen" oder stärker belästigt fühlte, in %)

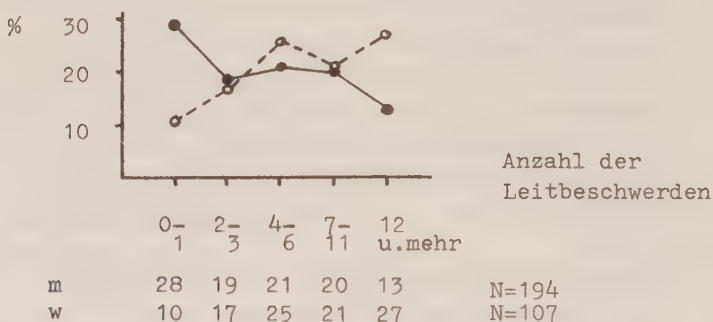
<u>Studenten</u>		<u>Studentinnen</u>	
Müdigkeit	63	Müdigkeit	74
rasche Erschöpfbarkeit	60	rasche Erschöpfbarkeit	70
übermäßiges Schlafbedürfnis	50	Neigung z. Weinen	67
starkes Schwitzen	50	Mattigkeit	66
-----		Kopfschmerzen	65
Mattigkeit	46	übermäßig. Schlafbedürfnis	58
Schlafstörungen	40	kalte Füße	57
Herzklopfen, -jagen, -stolpern	41	Schwächegefühl	53
leichtes Erröten	39	Schlafstörungen	50
Zittern	35	Überempfindlichkeit gegen Kälte	48
Kopfschmerzen	31		

Für Studenten charakteristisch wäre nur die Beschwerde Starkes Schwitzen. Die in Tab. 16 außerdem für die Studenten genannten Beschwerden sind nicht für sie charakteristisch; sie treten bei Studentinnen zwar nicht unter den ersten 10, aber absolut eher noch häufiger auf als bei Studenten (Herzklopfen, -jagen, -stolpern 43 %, Leichtes Erröten 48 %, Zittern 40 %).

¹⁾ vgl. die größere Häufigkeit der Diagnose "depressiver Charakter" bei Studentinnen

Im Beschwerdedruck (s. Kap. IV. 3.3) unterscheiden sich die Geschlechter - wie schon nach der unterschiedlichen Anzahl der Leitbeschwerden zu vermuten - signifikant. Fig. 10 zeigt die Verteilung für männliche und weibliche Studierende, wobei jeweils nach der Zahl der vom einzelnen Studierenden als "erheblich" oder "stark" angegebenen Beschwerden fünf in der Gesamtgruppe etwa gleich große Gruppen gebildet wurden (0 - 1, 2 - 3, 4 - 6, 7 - 11, 12 und mehr intensive Beschwerden).

Fig. 10 : Verteilung der Beschwerdedruckwerte (Anzahl der individuellen Leitbeschwerden) für männliche (—) und weibliche (---) Studierende in der Beratung (in %)



Die Verteilungen unterscheiden sich signifikant ($\chi^2=18.85, df=4, p < 0.01$).

Es zeigt sich, daß Studenten in der Gruppe mit dem geringsten Beschwerdedruck, Studentinnen in der Gruppe mit dem stärksten Beschwerdedruck überrepräsentiert sind. Studentinnen scheinen somit stärker zur Somatisation zu neigen als Studenten. Sie erleben Leidensdruck aufgrund psychischer Konflikte eher über körperliche Beschwerden. Es ist zu vermuten, daß die stärkere Somatisationstendenz bei Frauen im Rahmen einer generell höheren Besetzung des Körpers zu sehen ist. Diese Betonung der Körpersphäre dürfte psychophysiologisch (Schwangerschaft) wie kulturell (Beachtung der körperlichen Schönheit, Kinderpflege) fundiert sein. Nach JORSWIECK und KATWAN (1967) geben Frauen bei Neurosen generell mehr Symptome an als Männer (vgl. auch ähnliche Befunde von RICHTER u. BECKMANN, 1969).

In den Angaben zur psychischen und somatischen Genese ihrer Beschwerden unterscheiden sich Studenten und Studentinnen nicht.

1.7 Arbeitsverhalten

Während Studentinnen und Studenten der Kontrollgruppe sich in fünf von fünfzehn Angaben zum Arbeitsverhalten signifikant unterscheiden, fehlen diese Geschlechtsdifferenzen in der Beratungsgruppe ¹⁾. Nur ein Merkmal, das in der Studentenschaft nicht geschlechtstypisch ist, differiert signifikant bei Studenten und Studentinnen, die in die Beratung kommen. Wir treffen hier wieder auf das Phänomen der Nivellierung geschlechtsspezifischen Verhaltens (s. V. 1.522) und zwar derart, daß die Beratungsgruppe insgesamt ein Arbeitsverhalten zeigt, durch das sich in der Vergleichsgruppe die Studentinnen von den Studenten unterscheiden. In der Kontrollgruppe sind Studentinnen z.B. unsicherer als Studenten, ob sie richtig arbeiten und mit ihrer Arbeit Erfolg haben. Doch leiden männliche und weibliche Studierende der Beratungsgruppe gemeinsam an noch größerer Unsicherheit (vgl. IV. 4.2).

¹⁾ vgl. Tab. 46 (Anhang)

Das Gleiche gilt für die Abhängigkeit von Anerkennung und von der Beziehung zur arbeitsbestimmenden Person. Ebenso ist die Schwierigkeit, bei einer Arbeit den Anfang zu finden, kennzeichnend für Studentinnen der Kontrollgruppe, nicht aber für Studentinnen der Beratungsgruppe, in der es Männer und Frauen in dieser Hinsicht gemeinsam noch schwerer haben.

Der einzige signifikante Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Beratungsgruppe ist in der Kontrollgruppe nicht nachzuweisen: die Studentinnen arbeiten hier noch unregelmäßiger als Studenten. Das korrespondiert mit der Tendenz zur Zwanghaftigkeit bei Beratungsstudenten (vgl. V. 1.523).

Wir können insgesamt feststellen, daß sich im Arbeitsverhalten der nivellierende Einfluß psychischer Konflikte oder einer bestimmten Konfliktverarbeitung auswirkt. Ferner wird deutlich, daß Studentinnen in der allgemeinen Studentenschaft ein Arbeitsverhalten zeigen, das den Arbeitsstörungen in der Beratungsgruppe im Ansatz gleicht.

1.8 Einstellung zur Universität

In der Einstellung zur Universität gleichen sich Studenten und Studentinnen der Beratungsgruppe weniger als im Arbeitsverhalten. In vier von vierzehn Angaben unterscheiden sich die Geschlechter (s. Tab. 47 im Anhang, Kap. IX. 4). Davon sind zwei Differenzen in schwächerem Ausmaß auch bei anderen Studenten geschlechtstypisch. Studentinnen, die in die Beratung kommen, fühlen sich noch häufiger verloren an der Universität. Sie treten noch stärker für das politische Mandat ein als die Studenten der Beratungsgruppe. Es gelten hier die gleichen Quellen für das Verlorenheitsgefühl, die wir für die Studentin allgemein nannten (vgl. BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969): Individuell das höhere An-

lehnungsbedürfnis der Studentin - wie es auch immer bedingt sein mag - und sozial die stärkere Abweisung durch das Universitätsmilieu (vgl. ANGER 1960). Die Studentin erhält ja nicht nur für ihr höheres Angewiesensein auf menschliche Beziehung keine höhere Zuwendung, man kommt ihr im Gegenteil weniger entgegen. Damit mag reaktiv der größere Einsatz für das politische Mandat zusammenhängen. Die beiden anderen Geschlechtsdifferenzen treten in der Kontrollgruppe nicht auf: in der Beratungsgruppe fühlen sich Studentinnen schlechter informiert als Studenten. Sie halten die Professoren auch für schlechtere Lehrer. Das kann nicht auf die unterschiedliche Fachzugehörigkeit von Studenten und Studentinnen zurückgeführt werden. Es liegt hier vermutlich ein besonderer Zusammenhang mit psychischen Störungen vor, den wir vorläufig nicht erklären können.

Zwei Geschlechtsunterschiede, in denen sich Studentinnen und Studenten der Kontrollgruppe unterscheiden, fehlen in der Beratungsgruppe: Studentinnen in der Vergleichsgruppe wünschen in ihren Leistungen mehr kontrolliert zu werden als Studenten. Sie haben genauere Vorstellungen von ihrer Tätigkeit nach dem Studium. Studentinnen der Beratung gleichen in ihrer Einstellung zur Leistungskontrolle den Beratungstudenten: ihr Wunsch nach Kontrolle ist weniger stark. Sie haben ebenso wie die Studenten weniger genaue Vorstellungen von ihrer zukünftigen Tätigkeit (vgl. IV. 5.2). Der Einfluß psychischer Störung bzw. ihrer Verarbeitungsform dürfte für diese Angleichung entscheidend sein.

2. Besonderheiten der Studienphasen

Die Beratungsgruppe wurde nach der Zahl der Studiensemester in drei Gruppen eingeteilt (s. Kap. III. 4.3): Studienanfang (1. - 3. Semester), Studienmitte (4. - 7. Semester) und Studienende (8. und höheres Semester).

Wie erwähnt, ist nach der Literatur zu erwarten, daß Studienanfänger (PREUSS-LAUSITZ und SOMMERKORN 1968, GOLDSCHMIDT 1969a, PREUSS-LAUSITZ 1969, ZIOLKO 1969 b, SCHRAML 1966) und Studierende vor Studienende (MOELLER 1968, 1969 a,b,c,e,f) stärkere und jeweils unterschiedliche Störungen aufweisen.

2.1 Persönliche Daten

Zwar unterscheiden sich die Geschlechter hinsichtlich der Studiensemester, in denen sie bevorzugt kommen, wenn man die Anteile mit den entsprechenden in der Gesamtstudentenschaft vergleicht, doch unterscheiden sich die Anteile der Geschlechter an den drei genannten Studienphasen nicht signifikant. Tendenziell sind die Studentinnen in der Mittelgruppe etwas überrepräsentiert. Tab. 17 zeigt die Anteile.

Tab. 17 : Anteil männlicher und weiblicher Studierender an den drei Studienphasen (in %)

	Anfänger (1.-3.Sem.)	Mittlere Sem. (4.-7.)	Höhere Sem. (8. u. höher)
männl.	67,0	59,3	68,2
weibl.	33,0	40,7	31,8
N	109	108	88

Die Altersverteilung unterscheidet sich naturgemäß in den Studienphasen. Tab. 18 zeigt die Verteilung auf Altersgruppen und Studienphasen. ¹⁾ Unterschiede, die auf die Studienphase zurückgeführt werden, können also z.T. durch Altersunterschiede bedingt sein.

Tab. 18 : Anteil der Altersklassen an den drei Studienphasen (in %)

Alter	Anfänger (1.-3. Sem.)	Mittlere Sem. (4. - 7.)	Höhere Sem. (8. u.höher)
18-21 J.	61,4	23,1	-
22-24 J.	26,6	54,7	18,2
25 J.u.älter	11,8	22,2	81,8
N	109	108	88
Durchschnitt- Alter (Jahre)	21,6	23,1	27,2

Erwartungsgemäß sind Studierende in der Endphase häufiger verheiratet (23,9 %) als Anfänger (3,7 %) und Mittlere Semester (4,6 %).

In Konfessionszugehörigkeit und Staatsangehörigkeit differieren die Semestergruppen nicht.

1)
Der Zusammenhang ist nicht vollständig. Die korrigierte Korrelation beträgt $r' = 0,72$ (Kontingenzkoeffizient $CC = 0,59$).

2.2 Familiäre Situation

Die Studierenden in den drei Studienphasen unterscheiden sich signifikant in der Einkommensgruppe und Ausbildung der Väter (Tab. 19).¹⁾

Tab. 19 : Einkommensgruppe und Schulbildung der Väter bei Beratungsstudierenden aus verschiedenen Studienabschnitten (in %)

	Anfänger	Mittlere Semester	Höhere Semester
untere Eink.-Gruppe	18,7	12,3	10,3
mittlere E.	55,1	51,9	39,1
obere E.	26,2	35,8	50,6
N	107	106	87
=====			
Volksschule	45,7	37,1	26,7
Mittelschule	15,2	21,0	15,1
Abitur	39,0	41,9	58,1
N	105	105	86

Die Väter von Studierenden, die in höheren Semester kommen, haben einen höheren sozialen Status und höheren Bildungsstand. Entsprechend mehr haben studiert (Höhere Sem.: 46,5 % der Väter, Mittlere: 29,5; Anfangssemester: 34,0).

Für die Mütter ergibt sich eine signifikante Differenz in der Schulbildung (Tab. 20): die Mütter von Studierenden höherer Semester haben seltener Volksschul-, häufiger Mittelschul-

¹⁾ $\chi^2 = 13,29$, df = 4, p < 0,01 und $\chi^2 = 10,18$, df = 4, p < 0,05

abschluß als die Mütter von Studierenden, die in früheren Semestern kommen.¹⁾

Tab. 20 : Schulbildung der Mütter bei Beratungsstudierenden aus verschiedenen Studienabschnitten (in %)

	Anfänger	Mittlere Sem.	Höhere Sem.
Volksschule	59,6	51,9	29,9
Mittelschule	20,2	32,4	51,7
Abitur	20,2	15,7	18,4
N	109	108	87

Das Phänomen erklärt sich z.T. aus einem geringen prozentualen Anstieg von Erstimmatrikulierten aus Arbeiterfamilien und einem prozentualen Rückgang von Studienanfängern aus Akademikerfamilien in den letzten vier Jahren an westdeutschen Universitäten (KATH 1969). Diese geringe Verschiebung als generelles Phänomen dürfte jedoch zur Erklärung der Befunde nicht ausreichen. Zu erwägen wäre, daß Studierende aus Familien mit niedrigerem sozialen Status und Bildungsstand kürzere Studien wählen - etwa das in der Beratung stärker vertretene Studium der Erziehungswissenschaft. Es ist zu erwarten, daß Motivation und finanzielle Möglichkeiten zu einem längeren Studium überwiegend in Familien höherer Schichten geboten werden. Dies wären dann keine beratungsspezifischen Erscheinungen.

2.3 Studiensituation

Die Verteilungen der Fachgruppen in den Studienabschnitten sind signifikant unterschiedlich, was u.a. mit der differierenden

¹⁾ $\chi^2 = 24,29$, $df = 4$, $p < 0,01$

Studiendauer zusammenhängen dürfte.

Die Erziehungswissenschaftler dominieren in der Beratung im zweiten Studienabschnitt (4. - 7. Semester) mit 23,1 %, während sie in der letzten Gruppe (8. und höheres Semester) mit 6,8 % nur gering vertreten sind. Die naheliegendste - aber nicht überprüfbare - Erklärung wären Studienabschlußkonflikte bei Erziehungswissenschaftlern, die sie vermehrt zwischen dem 4. und 7. Semester in die Beratung führen. In der letzten Semestergruppe ist ihre Unterrepräsentierung durch das kürzere Studium von offiziell 6 Semestern bedingt. In der Gruppe höherer Semester dominieren die Naturwissenschaftler mit 26,1 %. Dafür dürfte ihr im Vergleich zu anderen Fächern längeres Studium verantwortlich sein. Tab. 48 (Anhang, Kap. IX. 4) zeigt die Fächerverteilung für die Studienphasen in der Beratung. Nach Art der Hochschulreife unterscheiden sich die Studierenden in den einzelnen Studienphasen in der Beratung nicht.

Die Fachwechslerquote ist erwartungsgemäß in der Gruppe höherer Semester wesentlich höher (32,9 % gegenüber 25,7 in der mittleren und 18,4 in der Anfangsgruppe).

2.4 Motivierende Beschwerden

Weder in den Therapeutenangaben noch in den Angaben der Studierenden zu Beschwerden, die sie in die Beratung führten, zeigen sich (varianzanalytisch) für die einzelnen Studienphasen Unterschiede. Es ergeben sich somit keine deutlichen Unterschiede in der Art der Beschwerden, die Studierende bei Studienbeginn, Studienmitte und Studienende in die Beratung führen. Erst bei stärkerer Differenzierung der Erhebungen werden Unterschiede deutlich. (s. 2.5)

2.5 Persönlichkeitsbild

Es werden wie im Abschnitt über die Geschlechtsunterschiede die Häufigkeit der von den Therapeuten festgehaltenen Charakterdiagnosen und die Selbsteinschätzungen der Studierenden im Gießener Persönlichkeitsinventar zur Beschreibung charakteristischer Merkmale der Studierenden aus unterschiedlichen Phasen des Studiums benutzt.

2.51 Angaben der Therapeuten

In der Häufigkeit der einzelnen Charakterdiagnosen unterscheiden sich Studierende der einzelnen Semestergruppen nicht signifikant.

2.52 Selbsteinschätzung der Studierenden

Die Selbsteinschätzung der Studierenden in den drei Studienphasen wurde varianzanalytisch auf Unterschiede in den Items des Gießener Persönlichkeits-Inventars geprüft.¹⁾ Es werden

¹⁾ s. Tab. 49 (Anhang)

zunächst Anfangs- und Endphase des Studiums einander gegenübergestellt und dann die Befunde von Studierenden aus den mittleren Semestern hinzugezogen.

2.521 Anfangs- und Endphase des Studiums

Die Differenzen zwischen Anfänger- und Endgruppe sind für die Beratungsklientel und für die Kontrollgruppe jeweils verschieden. Wir stellen zunächst die nur in der Beratung nachgewiesenen, signifikanten Mittelwertsunterschiede dar, dann die nur in der Kontrollgruppe nachgewiesenen.

In der Beratung zeigt sich im Vergleich der beiden extremen Gruppen bei Studienbeginn und Studienende, daß Studienanfänger sich aktiv-aggressiv oder offener einschätzen und sich damit von den eher passiv-fügsamen und verschlossenen Studenten der höheren Semester deutlich absetzen: Anfänger erleben sich ungeduldiger und eigensinniger. Sie geraten häufiger in Auseinandersetzungen. Sie geben auch mehr von sich preis. Das Gegenbild kennzeichnet Studierende gegen Studienende: geduldiger und eher fügsam meinen sie, wenig von sich preis zu geben und selten in Auseinandersetzungen zu geraten.

Nur in der Vergleichsgruppe dagegen fühlen sich die Anfänger älter und weniger phantasievoll im Gegensatz zu Studierenden höherer Semester, die altersentsprechend zu wirken und mehr Phantasie zu haben meinen. Im Ganzen geben die Studienanfänger der Kontrollgruppe ein irritiert anmutendes Bild von sich, das am Ende des Studiums in Kontakt und Arbeit sicherer erscheint: halten sich die Anfänger für unkonzentriert, meinen Studenten höherer Semester bei der Sache bleiben zu können; fühlen sich Anfänger anderen fern bzw. noch fremd, so haben die Studenten vor Studienabschluß guten Kontakt zu anderen.

Insgesamt ähnelt die Beratungsgruppe in dem Gefühl, jünger zu wirken und Phantasie zu haben, den Älteren der Vergleichsgruppe, in dem Gefühl, anderen Menschen fern zu sein, aber den An-

fängern der Vergleichsgruppe. Sie wirkt also eher narzißtisch isoliert.

Bei der Interpretation sind mindestens drei Faktoren zu beachten, die Beratungs- wie Vergleichsgruppe betreffen.

1. Anfangs- und Endgruppe unterscheiden sich im Durchschnittsalter um etwa sechs Jahre, was eine entsprechende zeitliche Differenz in der persönlichen Entwicklung bedeutet.
2. Sechs Jahre Altersunterschied bedeuten auch, daß beide Gruppen sowohl unter unterschiedlichen Umweltbedingungen studieren bzw. studiert haben als auch entscheidende Phasen der persönlichen Entwicklung unter unterschiedlichen Bedingungen durchlebt haben: So mag es von Bedeutung sein, ob man die Adoleszenzphase vor oder nach dem Beginn der Protestaktivitäten von Schülern und Studenten erlebt hat.
3. Schließlich ist die Einwirkung der Universitätsausbildung zu berücksichtigen.

Da diese Faktoren sowohl für die Beratungsklientel als auch für die Kontrollgruppe von Bedeutung sind, muß man die unterschiedlichen Resultate in beiden Gruppen auf eine jeweils andersartige Einwirkung in diesen Gruppen zurückführen.

Das würde vereinfacht etwa folgende Hypothesen ergeben:

zu 1 : Bei psychisch Labilen findet eine Entwicklung von aktiver Offenheit zu passiver Verslossenheit statt, bei anderen Studierenden eine solche von Irritation zur Sicherheit.

zu 2 : Wer heute als Jüngerer in die Beratung kommt, ist als Adoleszent von der Protestbewegung mitgeprägt worden und daher aktiv offen; wer heute als Älterer in die Beratung kommt, entstammt einer früheren, noch passiveren Studenten-

generation. Für die Differenzen in der Vergleichsgruppe liefert dieser Faktor keine plausible Erklärung.

zu 3 : Bei psychisch labileren Studenten werden Offenheit, Aktivität und Aggressivität durch die Struktur des Hochschulwesens, etwa durch hierarchische geordnete und rezeptiv orientierte Lehr- und Lernsysteme zu einem entgegengesetzten Verhaltensbild umgeprägt. Andere Studierende dagegen werden unter den gleichen Bedingungen sicherer.

Es wäre denkbar, daß neben den natürlich auch zu erwartenden Wechselwirkungen dieser Faktoren ihr Gewicht bei Beratungs- und Kontrollgruppe unterschiedlich ist. So könnte etwa in der Kontrollgruppe der erste Bereich (persönliche Entwicklung) hauptverantwortlich für die Unterschiede sein, für psychisch labile Studierende dagegen die belastende Universitätssituation für die Unterschiede verantwortlich sein. Das vorliegende Material erlaubt keine eindeutige Entscheidung. Insgesamt gewinnt man bei dem Vergleich von Studierenden der ersten und letzten Semester den Eindruck, daß sich Anfänger generell noch nicht ganz zurechtgefunden haben, d.h. in Bezug auf Arbeit, Kontakt und persönliche Einschätzung irritiert wirken (vgl. dazu die Studienanfängerproblematik, u.a. GOLDSCHMIDT 1969a, PREUSS-LAUSITZ und SOMMERKORN 1969). Die Anfängergruppe in der Beratung scheint im Kontext ihrer größeren psychischen Belastung allerdings noch stärker betroffen. Nimmt man eine Entwicklung an, was die Angaben nahelegen, obwohl es sich um Querschnitts-, nicht um Längsschnitts-Untersuchungen handelt, so stabilisieren sich die Studierenden der Kontrollgruppe im Laufe des Studiums, sie erscheinen am Ende weniger irritiert, während die Beratungsgruppe am Ende des Studiums noch gehemmter, also im ganzen stärker gestört wirkt. Sehr vereinfacht wäre zu formulieren: nach einer Anfangsbelastung gewinnt die Vergleichsgruppe an Selbstsicherheit, während die Beratungsgruppe während des Studiums an Sicherheit verliert.

2.522 Die mittlere Studienphase

Die Einbeziehung der mittleren Studienphase in den Vergleich zeigt, daß die im vorigen Abschnitt angenommene Entwicklung, wenn sie vorliegt, nicht linear ist. Die Studenten mittlerer Semester erscheinen nämlich im beratungsinternen Vergleich am wenigsten gestört. Erst nach der Studienmitte könnte man einen "Knick" vermuten: die Belastungen des Studiumsabschlusses mit allen psychischen und sozialen Implikationen scheinen die Gruppe aus den höheren Semestern noch stärker "zurückzuwerfen", als etwa der Studienbeginn die Anfänger trifft.

Da aus der Kontrollgruppe keine Angaben über mittlere Semester vorliegen, vergleichen wir diese Gruppe nur innerhalb der Beratung mit den anderen.

Studierende mittlerer Semester erscheinen im Vergleich mit Studierenden am Anfang und Ende des Studiums weniger kontaktgestört. Sie meinen, die Gesellschaft anderer zu suchen und sich leicht binden zu können. Im Gegensatz zu den Anfängern fühlen sich Studierende mittlerer Semester anderen nahe. Sie können auch bei der Sache bleiben. Sie haben also zu anderen Menschen und zur Arbeit Kontakt gefunden. Im Gegensatz zu Studierenden gegen Studienende haben sie es leichter in der Beziehung zum anderen Geschlecht. Sie suchen Anschluß und fühlen sich unbefangener.

Gemeinsam mit den Anfängern sind Studierende mittlerer Semester im Gegensatz zur Gruppe der höheren Semester gleichzeitig offen und beharrlich: Sie meinen viel preis zu geben und doch eigensinnig zu sein.

Insgesamt erscheint die Gruppe mittlerer Semester unbelasteter und offener im Kontakt. Die Hypothesen von der besonderen Problematik der Anfangs- und Endgruppen scheint sich also für Studierende der Beratung in der Selbsteinschätzung zu bestätigen.

Wir kamen bisher nicht auf eine Einschränkung zu sprechen: unter den Studierenden mittlerer Semester dominieren die Erziehungswissenschaftler (überwiegend Studentinnen), unter der Gruppe der höheren Semester die Naturwissenschaftler (überwiegend Studenten). Es handelt sich je um ca. 1/4 der betreffenden Gruppe. Wir glauben nicht, daß die Unterschiede auf diese Fachanteile zurückzuführen sind. Sicher aber lassen sie die Differenzen stärker hervortreten.

2.6 Körperbeschwerden

Im Ausmaß des Beschwerdedruckes und dem Erscheinungsbild der Leitbeschwerden haben sich keine Unterschiede zwischen Studierenden der einzelnen Studienphasen ergeben.

2.7 Arbeitsverhalten

Varianzanalytisch ergab sich im Bereich des Arbeitsverhaltens bei keinem Item ein signifikanter Effekt. Auch im Extremvergleich zwischen Anfangs- und Abschlußgruppe ließen sich keine signifikanten Differenzen nachweisen (vgl. Tab. 50 , Anhang, Kap. IX. 4). Wir haben nur den Befund aus den GPI-Angaben zu wiederholen, daß Anfänger sich für unkonzentrierter als Studierende mittlerer Semester halten. Im Arbeitsbereich zeigt sich also wieder das Phänomen der Nivellierung durch die psychischen Konflikte bzw. durch das gemeinsame Konfliktverhalten der Beratungsgruppe. In der Vergleichsgruppe ergab sich nämlich eine Reihe von signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu Anfang und Ende des Studiums (vgl. BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969).

Die Anfänger schätzten Gedächtnis und Ausdauer bei der Arbeit schlechter ein, waren unsicherer hinsichtlich Erfolg und Richtigkeit ihrer Arbeit, allerdings weniger kritikempfindlich als die Gruppe der höheren Semester.

Vergleichen wir diese differierenden Angaben mit denen der Beratungsgruppe, so bestätigt sich die Angleichung der Befunde durch psychische Störungen: Beratungsstudenten aller Studienphasen schätzen sich gemeinsam noch negativer ein als die Anfänger aus der allgemeinen Studentenschaft und meinen, noch kritikempfindlicher zu sein, als allgemein Studierende höherer Semester angeben.

2.8 Einstellung zur Universität

Die Einstellung zur Universität unterscheidet sich in den drei Semestergruppen in der Beratung kaum.¹⁾ Nur in einer Angabe läßt sich ein Effekt des Studienabschnittes nachweisen: Je höheren Semesters die Studierenden sind, desto mehr meinen sie, Professoren könnten Kritik nicht ertragen. Im Vergleich der Extremgruppen zu Anfang und Ende des Studiums wird diese Angabe ergänzt durch eine deutlich resignative Einstellung gegenüber Professoren, von denen die Abschlußgruppe kein Interesse für die Probleme der Studenten erwartet.

Diese beiden Unterschiede treten auch in der Kontrollgruppe auf, dort allerdings in einer anderen, weniger resignativen, eher aktiv kritischen Gesamthaltung: Ältere fordern mehr Kritik an Universitätsorganen als Anfänger.

In übrigen Angaben weichen die Semestergruppen der Beratung nicht wesentlich von denen der allgemeinen Studentenschaft ab.

¹⁾ vgl. Tab. 51 (Anhang)

3. Besonderheiten der Fachgruppen

Die Studienhauptfächer wurden, wie in Kap. III. 4.2 erwähnt, zu 10 Fachgruppen zusammengefaßt, die im wesentlichen den Fakultäten entsprechen. Abweichend wurden die Studierenden der Rechts- und Wirtschaftswissenschaften, die in Gießen eine gemeinsame Fakultät bilden, als zwei Gruppen behandelt. Aus der Philosophischen Fakultät wurden Soziologen und Politologen einerseits und Psychologen andererseits, die beide stark vertreten waren, als eigene Gruppen herausgenommen. Tab. 21 zeigt den Anteil dieser 10 Gruppen an der Beratungsklientel, wobei auswärtige Studierende eingeschlossen sind. Die Repräsentierung der Fachgruppen im Vergleich zu ihrem Anteil an der Studentenschaft der Gießener Universität wurde in Kap. III.4.21 erörtert.

Tab. 21 : Anteil der 10 Fachgruppen an der Beratungsklientel im Zeitraum 1968/69

	%	N
1. Naturwissenschaften	17,6	54
2. Philosoph.(ohne So./Pol. und Ps.)	16,3	50
3. Abt. f. Erziehungswiss.	16,0	49
4. Psychologie	9,8	30
5. Rechtswissenschaft	9,2	28
- Soziologie/Politologie	9,2	28
7. Medizin	8,2	25
8. Wirtschaftswissenschaft	5,6	17
9. Veterinärmedizin	3,6	11
- Landwirtschaft	3,6	11
andere	1,0	3
N	100,1	306

Einige Fachgruppen bzw. Fakultäten sind absolut so gering vertreten, daß bei manchen Merkmalen statistische Tests nicht sinnvoll sind. Gelegentlich werden wir daher ohne statistische Sicherung hervortretende Unterschiede beschreiben, die u.E. Beachtung verdienen und ggf. bei größeren Fallzahlen zu sichern wären.

3.1 Das soziale Bild

Die Geschlechtsverteilung in den einzelnen Fachgruppen der Beratung unterscheidet sich bei Berücksichtigung nur der in Gießen eingeschriebenen Studierenden nicht signifikant von der in den Fachgruppen in der Gesamtstudentenschaft in Gießen. Tab. 22 zeigt die Zusammensetzung der Fachgruppen nach Geschlecht unter Einbeziehung der auswärtigen Studierenden der Beratung.

Tab. 22 : Männliche und weibliche Studierende in den Fachgruppen in der Beratung (in absoluten Zahlen)¹⁾

	männlich	weiblich
1. Veterinärmedizin	10	1
2. Naturwissenschaft	49	5
3. Wirtschaftswiss.	15	2
4. Rechtswiss.	23	5
5. Medizin	20	5
6. Landwirtsch.	8	3
7. Philos.(ohne So./Pol. u. Ps)	28	22
8. Psychologie	15	15
9. Soziologie/Politologie	13	15
10. Abt. f. Erziehungswiss.	15	34
N	196	107

¹⁾ Wegen der geringen Gruppengrößen der Fachgruppen in der Beratung wurde auf die Angabe in Prozent verzichtet.

Die Fachgruppen unterscheiden sich im Alter. Die folgende Tabelle gibt das Durchschnittsalter der Studierenden in den Fachgruppen wieder.

Tab. 23 : Durchschnittsalter in den Fachgruppen
in der Beratung(in Jahren)

Landwirtschaft	27,3
Veterinärmedizin	25,4
Soziologie/Politologie	25,0
Naturwissenschaften	24,7
Rechtswissenschaften	23,6
Medizin	23,3
Philos.Fak.(ohne Soz./Pol.u.Ps.)	23,3
Psychologie	22,8
Abt.f.Erziehungswiss.	22,7
Wirtschaftswiss.	22,4

Es besteht keine Vergleichsmöglichkeit mit Altersangaben aus der allgemeinen Studentenschaft Gießen oder anderen Beratungsstellen. Es ist jedoch bemerkenswert, daß man in der Psychotherapeutischen Beratungsstelle einer Spannweite von 5 Jahren im Altersdurchschnitt der Fachgruppen begegnet.

Für die Semesterzahl existieren Vergleichswerte über die Gießener Studierenden im Sommer-Semester 1969. Tab. 52 (Anhang, Kap. IX. 4) zeigt für jede Fachgruppe den Anteil der Studierenden im 8. oder höheren Semester. Wegen der z.T. geringen Fallzahl haben die Prozentangaben nur Anhaltswert. Es scheint, daß für die Erziehungswissenschaften sowie für Rechts- und Wirtschaftswissenschaften der Anteil der höheren Semester in der Beratung größer ist, als nach dem Verhältnis

in der Universität zu erwarten wäre.

Aus den übrigen persönlichen, familiären und Studiendaten ergibt sich nur noch der Befund, daß Naturwissenschaftler häufiger verheiratet sind (in 23 % der Fälle, statt wie erwartet 10 %). Das ergibt sich z.T. aus ihrem durchschnittlich höheren Alter (s. Tabelle). Da sich für die übrigen älteren Fachgruppen (Landwirtschaft, Tiermedizin, Soziologie/Politik) diese Erscheinung nicht feststellen läßt, scheint jedoch eine fachspezifische Tendenz mitzuwirken.

3.2 Motivierende Beschwerden

In den Therapeutenurteilen zu Problembereichen der Klienten und den Angaben der Studierenden zu ihren motivierenden Beschwerden ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Es sind einige Tendenzen zu erkennen, für die sich im Zusammenhang mit anderen Befunden plausible Erklärungen finden ließen (z.B. im Therapeutenurteil vermehrt Kontaktstörungen bei Veterinärmedizinern, vermindert bei Psychologen), doch erscheint die statistische Basis noch zu gering für derartige Aussagen.

Statistisch signifikant unterscheiden sich dagegen die Studienfächer in der Angabe der Informiertheit über Psychotherapie. Erwartungsgemäß halten sich Psychologiestudenten für besonders gut informiert. Im Gegensatz zu ihnen stehen die Naturwissenschaftler und besonders die Studierenden der Landwirtschaftlichen Fakultät.

3.3 Persönlichkeitsbild

3.31 Angaben der Therapeuten

Bei zwei Persönlichkeitsdiagnosen weicht die Verteilung der Studienfächer vom Erwartungswert ab: Passive Charakterstrukturen werden vermehrt bei Veterinärmedizinern und Naturwissenschaftlern angegeben. Auf den überwiegenden Anteil männlicher Studenten dürfte das nur z.T. zurückzuführen sein. Die größere Häufigkeit der Diagnose hysterischer Charakterstrukturen in den Fachgruppen Erziehungswissenschaft und Psychologie dagegen beruht wahrscheinlich auf ihrem Anteil an Studentinnen.

3.32 Selbsteinschätzung der Studierenden

Nur bei vier Items des Gießener Persönlichkeitsinventars läßt sich für das Merkmal Fachzugehörigkeit varianzanalytisch ein signifikanter Effekt nachweisen. Es handelt sich um die Tendenz zu rivalisieren, um zwanghafte Züge (zwei Items) und um Selbstsicherheit in der Arbeit. Im folgenden werden die Fachgruppen genannt, die durch ihr Abweichen in der einen oder anderen Richtung für diese Effekte wesentlich erscheinen.¹⁾ Während die Beratungsgruppe insgesamt eine leichte Tendenz zur Rivalität kennzeichnet, neigen Soziologen und Politologen besonders dazu, andere übertreffen zu wollen. In einer Reihe von Fächern ist die Rivalitätstendenz dagegen nur schwach ausgeprägt: Landwirtschaft und Veterinärmedizin. Auch Erziehungswissenschaftler setzen sich tendenziell von anderen durch nur geringes Rivalisieren ab.

Zwanghafte Tendenzen treten bei Soziologen, Politologen und Psychologen im Vergleich zu anderen signifikant zurück: Sie meinen, eher schlecht mit Geld umgehen zu können und mit

1)
vgl. Tab. 53 (Anhang)

der Wahrheit eher großzügig zu sein. Sie wirken lockerer als die Beratungsgruppe im Durchschnitt. Die sonst zur Zwanghaftigkeit gehörende Angabe, gut mit Geld umgehen zu können, könnte bei Wirtschaftswissenschaftlern zur speziellen beruflichen Eignung und Neigung gehören. In dieser Begabung übertreffen sie weit die anderen Fächer. Dieselbe Angabe fällt bei Naturwissenschaftlern nicht so stark aus, kennzeichnet sie jedoch ebenfalls gegenüber den anderen Fächern und tendenziell auch die Landwirte in der Beratung. Bei Medizinern die innerhalb der im psychoanalytischen Sinne eher verwahrlosten Beratungsgruppe am stärksten zur Zwanghaftigkeit hin abweichen, steht in diesem Rahmen eine andere Angabe im Vordergrund: sie nehmen es mit der Wahrheit am genauesten.

Das letzte fachspezifische Item (Zufriedenheit anderer mit der Arbeit, die man leistet) kennzeichnet in der Beratung die Gruppe der Geisteswissenschaftler (außer Soziologen/Politologen und Psychologen). Ihre größere Selbstsicherheit in dieser Hinsicht unterscheidet sie von anderen Fächern.

Vergleicht man diese Fachbesonderheiten mit den Angaben der Kontrollgruppe, so fallen folgende Befunde auf:

1. Rivalisieren und Selbstsicherheit in der Arbeit (s.o.) sind nur in der Beratung fachabhängig.
2. Die in der Kontrollgruppe deutlich als narzißtischer und stärker kontaktgestört auffallenden Naturwissenschaftler (BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969) gleichen innerhalb der Beratungsklientel in dieser Hinsicht den anderen Fachgruppen.
3. Die Unbefangenheit dem anderen Geschlecht gegenüber und der Wunsch, schön auszusehen, die in der Kontrollerhebung die Gruppe der Pädagogikstudierenden auszeichnen (bedingt durch den überwiegenden Anteil weiblicher Studierender) sind in

der Beratungsklientel kein Charakteristikum dieser Fachgruppe. Die psychische Störung bzw. das Konfliktverhalten dürfte hier die geschlechtstypischen Einstellungen angeglichen haben.

4. Weniger beratungsspezifisch ist der Grad der Zwanghaftigkeit bzw. in der Umkehr: der Grad der Verwahrlosung, nach dem die Fachgruppen sich signifikant unterscheiden. Unter diesem Aspekt differieren auch zwei Fakultäten in der Kontrollerhebung, allerdings mit teilweise anderem Inhalt. Wie in der Beratungsgruppe kennzeichnet auch in der Vergleichsgruppe die Philosophische Fakultät Unfähigkeit in Geldangelegenheiten. Darin und in der Angabe der Unordentlichkeit unterscheiden sich außerdem die Veterinärmediziner in der Kontrolluntersuchung von den anderen Fächern. In der Beratung sind sie wie die übrigen zwanghafter.
5. Insgesamt fällt auf, daß in der Kontrollgruppe mehr Items fachabhängig sind (neun gegenüber vier in der Beratungsgruppe). Da die Untergruppen in der Kontrollgruppe durch die gröbere Einteilung nach Fakultäten z.T. heterogener sind als in der Beratungsklientel, wären hier eher weniger signifikante Effekte zu erwarten. Wir betrachten dies als Hinweis auf eine gewisse Tendenz zur Nivellierung von Differenzen durch psychische Konflikte oder Konfliktverhalten, wie bereits an anderer Stelle vermutet wurde.

3.4 Körperbeschwerden

Die Fachgruppen unterscheiden sich im Ausmaß des Beschwerdedruckes und in der Breite des psychosomatischen Syndroms. Diese Unterschiede sind jedoch durch die unterschiedliche Geschlechtsverteilung in den Fachgruppen direkt auf die erwähnten Geschlechtsunterschiede im Bereich der Körperbe-

schwerden zurückzuführen.

Bei den Angaben zur psychischen und somatischen Genese der Beschwerden läßt sich jedoch eine Abweichung der Mediziner beobachten: Sie meinen mehr als andere, ihre Beschwerden seien somatisch bedingt, und weniger als andere, sie seien seelisch bedingt. Wenn sie auch - absolut gesehen - deutlich die seelische Ursache ihrer Beschwerden stärker gewichten als einen organischen Ursprung, so sehen wir doch in der stärkeren Tendenz zur somatogenetischen Auffassung der Beschwerden ein Ergebnis ihrer entsprechenden Ausbildung oder eine Haltung, die schon ihren Berufswunsch mitbestimmt.

3.5 Arbeitsverhalten

Die Fachzugehörigkeit zeitigt varianzanalytisch signifikante Effekte bei jenen Items, die dem Bereich Motivation und Stetigkeit in der Arbeit zugehören: Ehrgeiz, Ausdauer, Regelmäßigkeit, Konzentration und Freude an der Arbeit. Im folgenden werden diejenigen Fachgruppen genannt, die in diesen Merkmalen extreme Positionen einnehmen; sie dürften für die nachgewiesenen Unterschiede verantwortlich sein.¹⁾ Einige Fachgruppen sind vor anderen durch besondere Stetigkeit und Motivation in der Arbeit gekennzeichnet: Naturwissenschaftler sind die ehrgeizigsten unter den Beratungstudeten. Sie geben am wenigsten Ermüdung und Ablenkbarkeit bei der Arbeit an. Landwirte und Mediziner sind ihnen ähnlich: sie arbeiten am regelmäßigsten und lassen sich wenig ablenken.

Am meisten Freude an ihrer Arbeit hat die Gruppe der Geisteswissenschaftler.

Ein in dieser Hinsicht entgegengesetztes Arbeitsverhalten kennzeichnet Fächer, deren Studium den entsprechenden Beratungstudenten wenig befriedigend erscheint. Juristen haben am

¹⁾ vgl. Tab. 54 (Anhang)

wenigsten Freude an der Arbeit und ermüden zudem weitaus am schnellsten. Auch Wirtschaftswissenschaftler sind im Vergleich zu anderen wenig arbeitsmotiviert.

Eine letzte Gruppe arbeitet extrem unregelmäßig: die Psychologen und die Erziehungswissenschaftler.

In der Kontrollgruppe läßt sich bei keinem Item varianzanalytisch ein Effekt der Fachzugehörigkeit nachweisen. Dafür kann nicht allein die etwas größere Heterogenität in einigen Fachgruppen verantwortlich sein. Im Arbeitsbereich zeigt also die Beratungsklientel eine größere Differenzierung nach Fachzugehörigkeit.

Es ist zu vermuten, daß bei den psychisch labileren Studierenden der Beratungsgruppe die Organisation des Studiums und die unterschiedliche Attraktivität des Lehrstoffs stärker bestimmend auf das Arbeitsverhalten wirken als in der allgemeinen Studentenschaft.

3.6 Einstellung zur Universität

In den Einstellungen zur Universität ergeben sich varianzanalytisch nach Fachzugehörigkeit zahlreiche signifikante Effekte (bei 7 von 14 Items).¹⁾

Fachdifferenzen lassen sich vor allem bei hochschulpolitischen Angaben feststellen. Hier ist die Polarisierung zwischen Soziologen/Politologen und Veterinärmediziner in erster Linie verantwortlich. Soziologen und Politologen erscheinen mit Abstand als die politisch progressivste Gruppe in der Beratung. Stärker als alle andere fordern sie das politische Mandat der Studentenschaft, mehr Einfluß auf die Gestaltung der Universi-

¹⁾ vgl. Tab. 55 (Anhang)

tät, mehr Kritik an den Universitätsorganen. Innerhalb der Beratungsgruppe sind sie das einzige Fach, das sich sehr stark an politischen Aktivitäten beteiligt. Unzufriedenheit der Studierenden führen sie auf äußere Umstände zurück. Im Kontrast zu ihnen bilden die Veterinärmediziner eine sehr konservative Gruppe: Unzufriedenheit der Studenten führen sie als einzige Gruppe auf persönliche Schwierigkeiten zurück. Das politische Mandat und Einfluß der Studentenschaft auf die Gestaltung der Universität fordern sie am wenigsten, wie sie sich auch kaum an politischen Aktivitäten beteiligen.

Neben dieser sehr starken Polarisierung zweier Fächer in politischen Angaben differieren die Fachgruppen noch in einem anderen Bereich: in den Angaben, wie gut sie sich über ihr Studium informiert fühlen, und wie genau ihre Vorstellungen über ihre spätere Tätigkeit sind.

Gut informiert über den Studienaufbau fühlen sich Veterinärmediziner, Mediziner und (tendenziell) Landwirtschaftler in der Beratungsgruppe. Schlecht informiert meinen Erziehungswissenschaftler zu sein. - Genaue Vorstellungen, was sie nach dem Studium tun möchten, haben Erziehungswissenschaftler und Tiermediziner im Gegensatz zu Soziologen/Politologen, die in dieser Hinsicht sehr ungewiß sind.

Ein Vergleich mit der Kontrollerhebung zeigt, daß die philosophische Fakultät sich ebenfalls als sehr progressiv darstellt, die Veterinärmediziner nicht so stark als konservativ hervortreten. Dadurch waren die Differenzen dort nicht signifikant, tendenziell aber deutlich. Die Unterschiede in den hochschulpolitischen Angaben sind also nicht beratungsspezifisch. Ähnliches ergibt sich für die mangelhafte Studieninformation der Erziehungswissenschaftler. Auch die genauen Vorstellungen späterer Tätigkeit bei Erziehungswissenschaftlern und Veterinärmedizinern sind nicht beratungsspezifisch.

Für Soziologen und Politologen liegt zwar für die Unsicherheit, was sie nach dem Studium machen werden, kein Vergleichswert vor, doch ergibt sich eine Evidenz aus der bekannten Situation dieser Fächer.

Beratungstypisch wäre also nur die graduelle Ausprägung der Angaben. Die Differenzen sind sonst durch die tatsächlichen Verhältnisse an der Universität bedingt.

VI. THERAPIEVORSCHLAG UND PROGNOSE

Am Ende des ersten Gespräches mit dem Studierenden gibt der Therapeut auf dem bereits erwähnten Erstuntersuchungsbogen (s. Anhang, Kap. IX. 2) an, welche der vorgegebenen Therapieformen er für indiziert hält und wie er die Prognose einschätzt.

Auf den komplexen theoretischen Hintergrund dieser Urteilsbildung kann in diesem Rahmen nicht eingegangen werden (vgl. HEISING und BECKMANN 1970, BECKMANN 1968). Grundsätzlich ist auch hier neben Persönlichkeitsstruktur und Ausbildungsschwerpunkten des Therapeuten die Interaktion zwischen Berater und Studierenden mitbeteiligt. Stark fallen hier jedoch noch institutionelle Merkmale ins Gewicht: nämlich das spezifische therapeutische Angebot, das die Beratungsstelle aufgrund ihrer wissenschaftlichen Position macht, und die aktuelle Behandlungskapazität für die einzelnen Therapieformen zum Zeitpunkt der Erstinterviews. Hinzu kommt seitens der Studierenden die technische Realisierbarkeit: durch Anreisewege, gebundene Studienzeiten in der Woche und geplanten Universitätswechsel werden die Therapievorschlüsse z.B. mitbestimmt. Die Prognosebeurteilung verliert zudem dadurch an Gewicht, daß sie bereits nach nur einem Gespräch festgehalten wird. Für die reale Behandlungsentscheidung werden dagegen in der Regel mehrere Gespräche benötigt.

Der Therapievorschlugh und damit auch die Prognose, die auf die vorgeschlagene Therapie bezogen wird, sind also Resultanten aller genannten Faktoren, d.h. selbst sozial-psychologische Phänomene, in denen die besondere Störung des Studierenden nur den Schwerpunkt bildet. Im Durchschnitt unserer relativ großen Anzahl von Beratungsstudenten lassen sich dennoch einige Anhaltspunkte gewinnen.

Kein statistisch signifikanter Unterschied zeigt sich in den therapeutischen Vorschlägen zur Beratung, Psychotherapie und Partner-, Ehepaar- bzw. Familientherapie zwischen Studierenden und ambulanten Patienten, obwohl die Gruppen sich in ihrer Zusammensetzung sehr unterscheiden. Gleichhoch ist auch die Quote derjenigen, bei denen sich eine Behandlung nach Meinung der Therapeuten erübrigt. Umgekehrt ausgedrückt: Therapeutische Maßnahmen werden für Beratungsstudenten und ambulante Patienten in gleichem Ausmaße für indiziert gehalten.

Signifikant häufiger werden für die Studierenden ambulante Gruppenpsychotherapie und individuelle Psychoanalyse vorgeschlagen. Die Gruppenbehandlungsquote ist stark beeinflusst durch die Einrichtung studentischer Therapiegruppen in der Zweijahresperiode 1968/69. Wegen ihrer durchschnittlich höheren Introspektion, Intelligenz, Verbalisierungsfähigkeit und der "psychodynamischen Chance" in den jüngeren Entwicklungsjahren (vgl. MOELLER 1969 f) dürften Studierenden diese beiden intensiveren und aufwendigeren Behandlungsformen häufiger vorgeschlagen werden, wobei zu beachten ist, daß diese Indikationskriterien sozialschichtabhängig sind.

Signifikant seltener sehen die Therapeuten Medikation und Überweisungen an andere Ärzte und Kliniken für Studierende vor. Das dürfte auf den geringeren Anteil ausgeprägter psychischer Störungen zurückzuführen sein (s.IV.1.1) und sich außerdem als Pendant zu den höheren analytischen Behandlungsquoten bei Studierenden ergeben. Seltener wird auch die stationäre Gruppentherapie empfohlen, da das Konzept der stationären Behandlung sich auf bestimmte Formen psychischer Störungen bezieht, die bei Studierenden seltener anzutreffen sind (vgl. FÜRSTENAU, STEPHANOS, ZENZ 1970).

Gegenüber 1967 (vgl. MOELLER 1969d) ergaben sich deutliche Verschiebungen in den Therapievorschlügen für die Beratungsgruppe.

Tab. 25 : Häufigkeit der Therapievorschlge in der PBS
1967 und 1968/69 in %.

Therapieform	1967	1968/69
Beratung	53	40
ambulante Gruppenpsychotherapie	17	30
individuelle Psychotherapie	15	22
Psychoanalyse	6	16
Medikation	6	13
Partner-, Ehepaar- und Familien- therapie	1	3
Überweisung an andere Ärzte und Kliniken	2	3
Stationäre Gruppentherapie	1	2
keine therapeutischen Maßnahmen	-	6

Überweisung und stationäre Gruppentherapie wurden prozentual in gleichem Ausmaß für indiziert angesehen. Die Beratung wurde weniger, alle anderen therapeutischen Maßnahmen häufiger vorgeschlagen. Diese Verschiebung erklärt sich durch eine Änderung der Beratertätigkeit. 1967 wurde sie noch überwiegend von einem einzigen, zeitlich also stärker belasteten Therapeuten durchgeführt, in späteren Jahren war ein Team von sechs bis acht klinischen Mitarbeitern beteiligt. Das Ansteigen der Medikation läßt sich darauf allerdings nicht zurückführen; es handelt sich vermutlich um größere Zurückhaltung des ersten Therapeuten bei der medikamentösen Behandlung psychischer Störungen gegenüber dem Durchschnitt des späteren Teams.

Im Vergleich der Therapieformen innerhalb unserer Beratungsgruppe aus der Zweijahresperiode 1968/69 ergibt sich die große Bedeutung der Beratung, die für 40 % der Studierenden als indiziert angesehen wird.

1.2 Therapievorschlge nach Untergruppen

Geschlechtsunterschiede: Es gibt zwei signifikante Unterschiede, für die wir keine schlüssige Erklärung haben: Studentinnen wird häufiger individuelle Psychotherapie als Studenten vorgeschlagen. Studenten werden häufiger für die ambulante Gruppenpsychotherapie vorgesehen.

Tab. 26 : Therapievorschlag und Geschlecht in %.

Therapieform	Studenten	Studentinnen
individuelle Psychotherapie	14	36
ambulante Gruppenpsychotherapie	34	23

Es wäre denkbar, daß Studentinnen sich stärker scheuen, ihre Konflikte in einer Gruppe vorzubringen, und dementsprechend zur intimeren Zwei-Personen-Behandlung tendieren.

Unterschiede in den Studienphasen: Insgesamt treten nur geringfügige Unterschiede zwischen den Studienphasen auf, die statistisch nicht signifikant sind. Eine Ausnahme, die häufigere Medikation für Studierende hoherer Semester, dürfte sich durch die Therapie der Prüfungsangst erklären.

Vergleich der Fachgruppen: Nach Fachzugehörigkeit ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bei den Therapievorschlgen.

2. Prognose

2.1 Prognosen in der Beratungsgruppe

Signifikant unterscheiden sich die Prognosen für die Beratungsgruppe von denen für die ambulanten Patienten: Therapeutische Maßnahmen bei Studierenden werden prognostisch günstiger beurteilt.

Tab. 27 : Prognosenbeurteilung in PBS und Poliklinik

Prognose	PBS	Poliklinik
ungünstig	5.4	9.1
eher ungünstig	32.9	42.8
eher günstig	53.6	43.9
günstig	7.8	2.3
N	295	385

Zwei Drittel der Studierenden, aber nur knapp die Hälfte ambulanter Patienten werden für die vorgeschlagene therapeutische Maßnahme prognostisch positiv eingeschätzt. Das stimmt mit einer anderen Untersuchung überein, die über Therapeuteninterviews Behandlungen von Studierenden erfaßte (MOELLER 1969 f).

2.2 Prognosen nach Untergruppen

Geschlechtsunterschiede: Bei dem Vergleich der Prognosen für Studentinnen und Studenten wird deutlich, daß die günstigere prognostische Beurteilung der Beratungsgruppe gegenüber ambu-

lanten Patienten zum überwiegenden Teil auf die Studentinnen zurückzuführen ist. Sie erhalten signifikant günstigere Prognosen als Studenten.

Tab. 28 : Prognose und Geschlecht in %.

Prognose	Studenten	Studentinnen
ungünstig	7,4	1,9
eher ungünstig	38,4	22,9
eher günstig	46,3	66,7
günstig	7,9	7,6
N	190	105

Fast Dreiviertel aller Studentinnen, aber nur etwas mehr als die Hälfte der Studenten, werden prognostisch günstig beurteilt. Das entspricht dem insgesamt weniger gestört erscheinenden Selbstbild der Studentinnen in der Beratung (s.V. 1.52).

Vergleich der Semestergruppen: Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied in der prognostischen Beurteilung von Studierenden zu Studienbeginn gegenüber Studenten in mittleren und höheren Semestern.

Vergleich der Fächergruppen: Nach Fachzugehörigkeit ergibt sich kein signifikanter Unterschied in der Prognosestellung.

VII. ZUSAMMENSTELLUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

1. Allgemeines

Angaben von Studierenden, die in der Zweijahresperiode 1968/69 (N = 307) die Psychotherapeutische Beratung für Studierende der Universität Gießen aufsuchten, wurden anhand einer breit durchgeführten Dokumentation (soziale Daten, Selbsteinschätzungen und Erstuntersuchungsbefunde) statistisch untersucht. Es lagen skalierte Fragebögen über motivierende Beschwerden, Arbeitsverhalten und Einstellungen zur Universität vor, sowie zwei standardisierte Verfahren: Das Gießener Persönlichkeitsinventar (GPI) und eine Liste zu Körperbeschwerden. Diese Fragebogen wurden von den Studierenden vor dem ersten therapeutischen Gespräch ausgefüllt. Angaben der Therapeuten über Störungen und Persönlichkeitsstruktur der Studierenden, sowie über Therapievorschlge und Prognose, wurden einem Erstuntersuchungsbogen entnommen, der an der Psychosomatischen Klinik auch bei ambulanten Patienten der Poliklinik verwendet wird. Zu Persönlichkeitsmerkmalen, Einstellung zur Universität und Arbeitsverhalten der Beratungsgruppe lag eine Kontrolluntersuchung bei Studierenden der Universität Gießen vor. Klinische Befunde der Beratungsgruppe (Charakterdiagnose, Störungen, Therapievorschlge, Prognose) konnten mit entsprechenden Daten aus der Ambulanz der Psychosomatischen Klinik verglichen werden.

Die Klientel der Beratung stellt eine hochspezifische Auswahl aus der altersgleichen Bevölkerungsgruppe dar: Als Studierende gehören sie zu einer selektiven Gruppe (von ca. 10 %) der Altersgenossen. Das spezifische gemeinsame Merkmal der Gruppe ist über ihre psychischen Konflikte hinaus ihr Konfliktverhalten, das sie in die Beratung führt.¹⁾ Die Ergebnisse sind also nicht auf die allgemeine Studentenschaft generalisierbar, sondern spezifisch für die Beratungsgruppe.

¹⁾ vgl. auch Kap. VIII.

Es ergab sich generell, daß die Beratungsgruppe homogener ist als die allgemeine Studentenschaft; nur im Arbeitsverhalten differenzieren sich die Fachgruppen in der Beratung stärker als in der Kontrollgruppe. In einigen Bereichen sind die Differenzen ebenso groß wie in der Vergleichsgruppe, unterscheiden sich jedoch qualitativ von ihnen.

2. Das soziale Bild der Beratungsgruppe.

Das soziale Bild der Gesamtgruppe ist gegenüber der Studentenschaft unterschieden durch Überrepräsentierung von Studierenden aus Unterschichtfamilien, von Studierenden ohne Religionszugehörigkeit und von Fachwechslern. Studierende mit ausländischer Staatsangehörigkeit (Sprachproblem) sind unterrepräsentiert. Studierende an der philosophischen Fakultät, besonders Psychologen, sind stärker, Studierende der Erziehungswissenschaften und der Veterinärmedizin sind schwächer vertreten. Dafür sind Konflikte und Konfliktverhalten (z.B. auch Problembewußtsein und Offenheit psychotherapeutischen Maßnahmen gegenüber etc.) verantwortlich zu machen. Äußere Faktoren (Distanz des Campus von der Beratungsstelle) dürften für die Unterrepräsentierung der Erziehungswissenschaftler entscheidend sein.

3. Motivierende Beschwerden.

Unter den Beschwerden, die als Grund für das Aufsuchen der Beratungsstelle genannt werden, stehen erwartungsgemäß seelische Probleme an der Spitze, die von fast 90 % der Studierenden angegeben werden.

Der Wunsch nach Aussprache folgt mit 80 %. Identitätsprobleme (Wunsch, mehr Klarheit über sich zu erhalten) führen 75 % der Studierenden in die Beratung. Bei ca. 60 % sind Arbeitsstörungen und allgemeine Kontaktprobleme mit ausschlaggebend. Sexuelle Probleme und Partnerkonflikte (je 50 %) stehen deutlich vor Schwierigkeiten mit den Eltern (34 %). Körperbeschwerden spielen ebenfalls eine geringe Rolle (32 %). An letzter Stelle steht Unsicherheit in die Studienwahl (25 %).

Bei der Untersuchung des Zusammenhanges dieser Beschwerden zeigte sich u.a., daß allgemeine Kontaktprobleme, Partnerkonflikte und sexuelle Störungen häufig gemeinsam auftreten. Die Somatisation psychischer Konflikte bestätigte sich: Angaben von seelischen Konflikten und Körperbeschwerden neigen dazu, sich auszuschließen. Unsicherheit in der Studienwahl und Konflikte mit den Eltern treten häufig gemeinsam auf, ein interessanter Befund zur Psychologie der Entscheidungsprozesse und familiendynamischen Genese von studienbezogenen Störungen. Seelische Konflikte führen nicht generell zum Wunsch nach Aussprache. Dagegen ist die Identitätssuche deutlich verbunden mit Bedürfnis nach Gespräch. Der Arbeitsbereich erwies sich als weitgehend unabhängig von allen anderen Problembereichen. Über Korrelationen mit anderen Merkmalen wurde versucht, das psychische Umfeld dieser zum Aufsuchen der Beratung motivierenden Beschwerden zu erfassen.

Der Leidensdruck ist bei Partnerkonflikten und Körperbeschwerden am größten. Er geht bei der Beratungsgruppe mit zwei medizinsoziologisch relevanten Angaben zusammen, die für den Gang zur Beratung entscheidend sein können: der Einstellung, die Probleme nicht allein bewältigen zu müssen, und der Fähigkeit, Bedürfnis nach Liebe zeigen zu können (s.Kap. VIII). Zwei problematische Einstellungen zur Beratung wurden aufgegriffen: die paradoxe Einstellung derjenigen, die meinen, man müsse eigentlich selbst mit dem Problem fertigwerden, und die Hal-

tung der Fremdmotivierten. Sie erwiesen sich in ihren starken passiven Tendenzen als ähnlich, doch konträr in der Konfliktverarbeitung: offene Passivität bei starkem Mißtrauen lag bei denen vor, die nur fremdmotiviert in die Beratung kommen konnten. In der anderen Gruppe wurde hinter einer Autonomiefassade die Passivität verleugnet.

Für das Krankheitsverhalten schien die Informiertheit über Psychotherapie relevant zu sein: Gruppen, die psychotherapeutische Kenntnisse haben, nehmen eher eigene Konflikte, weniger äußere Umstände als Ursache ihrer Frustration an.

4. Persönlichkeitsbild

Das Persönlichkeitsbild der Beratungsstudierenden stimmte zum großen Teil mit dem ambulanter Patienten der Psychosomatischen Klinik überein. Eine depressiv-passiv-phobische Grundeinstellung im Zusammenhang mit der erwähnten Vertrauensstörung und dem Empfinden eines Rückstandes in der Selbstrealisation gehörte zu den allgemeinen Neurosenmerkmalen. Studentenspezifisch waren das Hervortreten der Arbeitsstörungen und die geringere Ausprägung der Störungen im erotischen Bereich.

5. Körperbeschwerden

Körperbeschwerden, die als Auslöser des Beratungswunsches eine geringe Rolle spielten, zeigten sich vorwiegend als Erschöpfungssyndrom, das dem ambulanter Patienten sehr ähnlich ist. Sie wurden in etwa 75 % der Fälle überwiegend oder allein als seelisch bedingt angesehen, ohne daß sie aber von beson-

deren seelischen Problemen begleitet waren.

6. Arbeitsverhalten

Das Arbeitsverhalten der Beratungsgruppe erschien weitgehend unabhängig von allen anderen Beschwerden, bis auf die Ausnahme, daß ein eher ungestörtes Arbeitsverhalten bei Körperbeschwerden angegeben wurde. Die Beratungsgruppe arbeitet weniger stetig und motiviert, ist mehr angewiesen auf die Einstellung anderer und unsicherer in bezug auf Richtigkeit und Erfolg als andere Studenten. Bei Beratungsstudenten scheint sich der Arbeitsbereich noch stärker von anderen Persönlichkeitsmerkmalen zu isolieren als bei der Kontrollgruppe. Weder beeinflussen also Arbeitsstörungen generell andere persönliche Bereiche, noch wird das Arbeitsverhalten regelhaft durch andere Störungen stärker irritiert. Multiple gegenseitige Beeinflussung ohne besondere Schwerpunkte ist theoretisch möglich, doch scheint uns eine gewisse Abspaltung des Arbeitsbereiches eher wahrscheinlich. Abzug der Besetzung von der Arbeit mit dem Ergebnis subjektiver Bedeutungslosigkeit der Arbeit und damit auch der Arbeitsstörungen und eine Arbeitskontaktstörung erschienen als besondere Verhaltenssyndrome. Die Störungen neigen dazu, sich gegenseitig zu eskalieren. Die besondere Bedrohlichkeit der Arbeitsstörungen liegt in der Gefährdung der gesamten Ausbildung und damit der beruflichen Zukunft des Studierenden.

7. Einstellung zur Universität

In der Einstellung zur Universität unterschied sich die Beratungsgruppe von der Kontrollgruppe nicht in der engagierten

hochschulpolitischen Haltung, so daß die Auffassung einer generellen projektiven Verarbeitung psychischer Konflikte mit dem Resultat einer verstärkten politischen Aktivität, aber auch die gegenteilige Meinung eines generellen psychischen Rückzugs bei psychischen Störungen nicht bestätigt werden kann. Deutliche Unterschiede ergaben sich jedoch in der Einschätzung der persönlichen Situation an der Universität, in der sich Depression, Kontaktstörungen, Identitätsproblematik und Passivität widerspiegeln. Gegenüber Professoren ergab sich wie in der Kontrollgruppe eine weitgehend neutrale Einstellung. Doch zeigte sich eine Vermengung von Personen- und Institutionskritik, die wir als Ergebnis einer Personifizierungstendenz auffassen. Bis auf die Neigung, Eigenschaften der Professoren mit den eigenen Eigenschaften gleichzusetzen (insbesondere hinsichtlich der Kritikempfindlichkeit) ergab sich sonst kein Zusammenhang der Einstellungen zur Universität mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen. Auch vom Arbeitsverhalten ist nicht auf die Beziehung zur Universität zu schließen.

8. Geschlechtsunterschiede

Männliche und weibliche Studierende in der Beratung unterscheiden sich in einigen Merkmalen, die allerdings zum Teil auch in der allgemeinen Studentenschaft geschlechtsabhängig sind. So ergab sich im sozialen Bild der Studenten und Studentinnen als beratungsunspezifische Differenz das etwa anderthalb Jahre jüngere Alter der Studentinnen und der höhere soziale Status und Bildungshintergrund ihrer Familien. Überrepräsentiert sind verheiratete Studentinnen, während verheiratete Studenten unterrepräsentiert sind, vermutlich aufgrund stärkerer Belastung der Frauen und Entlastung der Männer durch die Ehe.

Bei den motivierenden Beschwerden ergab sich keine Differenz. Die Annahmen stärkerer Partnerkonflikte bei Studentinnen und stärkerer Arbeitsprobleme bei Studenten bestätigten sich nicht. Deutlich höher wird der Leidensdruck von Studentinnen angegeben.

Im Selbstbild sehen sich - wie in der Vergleichsgruppe - die Studentinnen eher als das "stärkere" Geschlecht. Sie fühlen sich von anderen stärker eingeschätzt, sicherer im Kontakt und unbefangener als Studenten. Andere Geschlechtsunterschiede der Kontrollgruppe sind durch die Gemeinsamkeit von Konflikten und Konfliktverhalten bei der Beratungsgruppe aufgehoben: So gleichen sich in der depressiven Tendenz, in der Studentinnen von Studenten der Kontrollgruppe differieren, beide Geschlechter in der Beratungsgruppe. Zusätzlich ergeben sich spezifische Geschlechtsdifferenzen für die Beratungsgruppe: Studenten sind deutlich zwanghafter, introvertierter und kontaktscheuer als Studentinnen. Studentinnen haben mehr, intensivere und teilweise andere Körperbeschwerden als Studenten. Sie neigen offenbar stärker zur Somatisation.

Im Arbeitsverhalten sind die Geschlechtsunterschiede, die sich in der allgemeinen Studentenschaft ergaben, durch die psychische Störung weitgehend nivelliert. Die größere Unsicherheit und Abhängigkeit der Studentinnen in der Kontrollgruppe treten in der Beratungsgruppe bei beiden Geschlechtern auf. Zum Teil unterschiedlich erleben die Geschlechter die Situation an der Universität. Wie in der Kontrollgruppe fühlen sich auch in der Beratungsgruppe Studentinnen verlorener an der Universität und fordern stärker das politische Mandat. Im Gegensatz zu ihren Kommilitoninnen aus der allgemeinen Studentenschaft fühlen sie sich jedoch schlechter informiert und halten ihre Professoren für schlechtere Lehrer. In einigen weiteren Angaben wird wieder die Nivellierung der Geschlechtsunterschiede in der Beratung deutlich.

9. Besonderheiten der Studienphasen

Im sozialen Bild der Studierenden einzelner Studienphasen (Anfang, Mitte, Ende des Studiums) ergibt sich außer beratungsunspezifischen Differenzen (höherer sozialer Status und Bildungshintergrund) eine Überrepräsentierung der Erziehungswissenschaftler bei Studienabschluß (d.h. in der mittleren Semestergruppe).

Keine Unterschiede ergaben sich in den motivierenden Beschwerden, doch enthüllt das Selbstbild, daß sich Studienanfänger in der Beratungsgruppe aktiv-aggressiv-offener erleben als die passiv-fügsam-verschlosseneren Studierenden gegen Studienabschluß. Am wenigsten gestört erschienen allerdings die Studierenden gegen Studienmitte. Die Hypothese von stärkeren Konflikten der Studierenden bei Studienbeginn und Studienende bestätigt sich also, wobei insgesamt eine Labilisierung der Beratungsgruppe, im Gegensatz zu einer Stabilisierung anderer Studierender im Laufe des Studiums auffällt.

Das Arbeitsverhalten zeigt durch die Gemeinsamkeit von psychischen Konflikten und besonderem Konfliktverhalten nicht mehr die Unterschiede, die sich in der Kontrollgruppe ergaben.

Die Einstellungen zur Universität differieren nach Studienphasen ähnlich wie in der allgemeinen Studentenschaft. Im Unterschied zur Kontrollgruppe haben in der Beratung Studierende bei Studienabschluß gegenüber Professoren eine andere Einstellung als Studienanfänger: Sie wirken Professoren gegenüber resignierter und halten sie für kritikempfindlicher.

10. Besonderheiten der Fachgruppen

Nach Fachzugehörigkeit unterscheidet sich das soziale Bild der Studierenden kaum. Der einzige Befund war der höhere Prozentsatz Verheirateter bei den Naturwissenschaftlern. In den von den Therapeuten angegebenen Beschwerden der Studierenden ergeben sich nur tendenzielle Unterschiede, die bei höherer Fallzahl in den einzelnen Fachgruppen vielleicht die Signifikanz erreicht hätten. Die Informiertheit über Psychotherapie war bei Psychologen nach ihren Angaben gut, bei Naturwissenschaftlern und Landwirten schlecht. Vermehrt passive Charakterstrukturen wurden bei Naturwissenschaftlern und Tiermedizinern diagnostiziert.

Im Selbstbild unterscheiden sich die Fächer teilweise in anderen Merkmalen als in der Kontrollgruppe, etwa in Bezug auf Rivalitätstendenzen und Leistungssicherheit: Soziologen und Politologen in der Beratungsklientel rivalisieren sehr stark, Landwirtschaftler, Tiermediziner und Wirtschaftswissenschaftler sehr schwach. Geisteswissenschaftler sind der Anerkennung ihrer Arbeit sicherer als Studierende anderer Fächer. Einige Differenzen, die bei anderen Studenten beobachtet wurden, sind nivelliert: In Kontaktgestörtheit und narzißtisch anmutender Einstellung unterscheiden sich z.B. die Naturwissenschaftler in der Beratung nicht mehr von den anderen Fachgruppen.

Die Körperbeschwerden bei Studierenden differieren nicht nach Fachzugehörigkeit. Es ergab sich nur eine stärkere, wahrscheinlich ausbildungsbedingte Tendenz der Mediziner zur somatogenetischen (im Gegensatz zur psychogenetischen) Auffassung ihrer Körperbeschwerden.

Das Arbeitsverhalten war als einziger Bereich in der Beratungsgruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe nach Fachzugehörigkeit nicht nivelliert, sondern stärker differenziert. Es ist anzu-

nehmen, daß die heterogenen Studienorganisationen und die unterschiedliche Attraktivität der Lehrstoffe die psychisch labileren Studenten stärker beeinflussen. Sehr stetig und motiviert arbeiten Mediziner und Naturwissenschaftler im Gegensatz zu den unregelmäßig arbeitenden Psychologen und Erziehungswissenschaftlern. Sehr wenig Befriedigung in der Arbeit finden Juristen und Wirtschaftswissenschaftler im Gegensatz zu den Geisteswissenschaftlern, die sehr viel Freude an der Arbeit haben.

In den Einstellungen zur Universität ergeben sich nach Fachzugehörigkeit besonders durch die Polarisierung der politisch progressiven Soziologen/Politologen und der konservativen Veterinärmediziner große Unterschiede. Sie weichen jedoch nur graduell von den Befunden in der Kontrollgruppe ab, sind also weniger beratungsspezifisch.

11. Therapievorschlagn und Prognose

Ebenso oft wie bei ambulanten Patienten wird bei Beratungsstudenten eine Behandlungsindikation gestellt. Nur in 6 % der Fälle erübrigt sich nach Meinung der Therapeuten eine Therapie. Studierenden wird häufiger analytische Gruppenpsychotherapie und Psychoanalyse, seltener Medikation, Überweisung und stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Klinik vorgeschlagen. In den Untergruppen ergab sich nur eine signifikante Differenz: Bei Studentinnen wird häufiger die Indikation zur individuellen Psychotherapie, bei Studenten häufiger die Indikation zur analytischen Gruppenpsychotherapie gestellt. Die Prognosen waren bei Studierenden generell günstiger als bei ambulanten Patienten, zudem bei weiblichen Studierenden günstiger als bei männlichen.

VIII. ÜBERLEGUNGEN ZUR PSYCHODYNAMIK IM SOZIALPSYCHOLOGISCHEN FELD DER UNIVERSITÄT

Die im folgenden entwickelten Gedanken beanspruchen nicht mehr zu sein als vorläufige Überlegungen zu Entwicklungen, die sich im Rahmen einer psychodynamisch und sozialpsychologisch orientierten Hochschulpsychotherapie abzeichnen. Sie ergeben sich z.T. aus der vorliegenden empirisch-statistischen Bestandsaufnahme und berühren über den Bereich der Studierenden und der Universität hinaus analoge Probleme in anderen sozialpsychologischen Bereichen.

1. Allgemeines zur Selektion der Beratungsklientel

Will man die Situation der Beratungsklientel verstehen, so muß man zunächst realisieren, daß sie aus Studierenden besteht. Als Studenten haben die Ratsuchenden eine Reihe von Merkmalen und Eigenschaften mit anderen Studenten gemeinsam, die sie von der allgemeinen Bevölkerung unterscheiden. Aus der Studentenschaft kommen aber nur solche zur Beratung, die in irgendeiner Weise unter Störungen leiden. Die Beratungsgruppe ist also das Ergebnis einer mindestens zweifachen Selektion. Hinzu kommen weitere Faktoren, die bei Vorliegen einer Störung mitbestimmen, ob das Angebot einer Beratungsstelle in Anspruch genommen wird.

1.1 Die Selektion der Studierenden

Die Studentenschaft ist eine gegenüber der allgemeinen Bevölkerung herausgehobene Gruppe mit bestimmten soziologischen und psychologischen Merkmalen, die Krankheitsentstehung und Krankheitsverhalten mitbestimmen. Ihre Spezifität kann hier nur angedeutet werden: sie ist gekennzeichnet durch eine be-

stimmte Schulausbildung, den Prozess der sekundären Sozialisation. Diese Ausbildung selbst führt über die zahlreichen Schulstufen zu Selektionsprozessen.

Schichtzugehörigkeit, sozioökonomischer Status und Fähigkeit, "sich begaben zu lassen" (BECKER 1969), sind Voraussetzungen für die Wahl einer solchen Ausbildung. Auch Familiendynamik und Persönlichkeitsstruktur führen mit zu der entsprechenden Motivation bis hin zur Entscheidung, das Abitur zu machen. Schichtzugehörigkeit, Familiendynamik, Persönlichkeitsstruktur bilden einen vielfachen Interaktionskomplex. Werte und Haltungen einer bestimmten Schicht haben größere oder geringere Nähe zu den Bedingungen einer Universitätsausbildung. Arbeiter etwa scheuen sich vor dem Aufschub der beruflichen Verdienstmöglichkeiten (UDE 1970), den die Sozialadoleszenz (MOELLER 1969 f) verlangt, da ihre ungünstigere ökonomische Situation sie zur Einstellung auf schnellen Verdienst für den Unterhalt der Familie zwingt. Unsere Untersuchung ergab eine Überrepräsentierung von Studierenden aus Unterschichtfamilien, was unter anderem auch auf stärkere Konflikte in dieser Gruppe schließen läßt (vgl. Kap. III. 1).

Personen der Mittelschicht dürften dagegen ihr Wertsystem in der Universität zum größten Teil repräsentiert finden. Sind die Voraussetzungen für das Studium eines Kindes gegeben, dann entscheidet die Familiendynamik in oft wenig einleuchtender Weise, welches Kind studiert und welches nicht, obwohl natürlich auch Persönlichkeitsmerkmale beteiligt sind. So zeigte sich in unserer Untersuchung ein deutlicher Zusammenhang von familiären Konflikten und Studienwahlproblemen (vgl. IV. 1.22 und 1.233, 1.234).

Bis zum Bestehen des Abiturs gehören bereits 90 % der entsprechenden Altersstufe der Auswahl der Abiturienten nicht mehr an. Die Abiturientengruppe von ca. 10 % hat demnach ihre sehr spezifischen sozialen und personalen Merkmale. Der Entschluß zu studieren führt zu einer weiteren Auswahl. Studenten sind also eine noch spezifischere, kleine Auswahl von etwa 8 %.

Diese Gruppe wird durch Zulassungsbestimmungen (wie Numerus clausus) und zentrale Erfassung (wie für das Fach Medizin) auf die Fächer der verschiedenen Universitäten unterschiedlich verteilt. Eine frühere Untersuchung zeigte, daß bestimmte Persönlichkeitsstrukturen eine Affinität zu bestimmten Fächern haben (BECKMANN, MOELLER, RICHTER, SCHEER 1969)¹⁾. Da jede Universität zudem eine unterschiedliche Organisation hat, die Fächer also unterschiedlich vertreten sind, ergibt sich auch daraus eine sehr spezifische Gruppenzusammensetzung für die einzelne Hochschule. Die Selektion der Studenten ist wiederum abhängig von dem Selbstverständnis und öffentlichen Bild einer Disziplin, genauer eines bestimmten Faches an einer bestimmten Universität. So dürften etwa von dem Bild der Frankfurter oder Kölner Schule der Soziologie unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen angezogen werden.

In jeder Universität bildet sich also eine unterschiedliche Gesamtdynamik, was sich in den USA z.B. in Universitätstypologien niederschlug (Journ. of Med. Educ. 1966). Schon die allgemeine Studentenpopulation einer Universität ist durch die erwähnten Selektionsfaktoren also nicht ohne weiteres mit der Studentenpopulation einer anderen Universität zu vergleichen.

1.2 Der unsichtbare Krankenstand

In unsere Beratung kommen jährlich ca. 2 % der an der Universität eingeschriebenen Studierenden. Dieser Prozentsatz ist für eine Bedarfsschätzung ungeeignet, da er selbst ein Produkt selektiver Bedingungen ist, von denen einige weiter unten skizziert werden. In einer Untersuchung von SEGAL an einer amerikanischen Universität (zitiert nach DÖRNER 1967) hatten etwa 12 % der eingeschriebenen Studenten behandlungsbedürftige psychische Störungen - die Beratung aber suchte nur jeder dritte dieser Gruppe auf. Der Prozentsatz der Studenten, die in die Beratung kamen, lag dort mit 4 % also doppelt so hoch wie an unserer Universität. »

¹⁾ s. auch WISSE (1922)

Wir müssen daher annehmen, daß bei einem unbestimmten Prozentsatz unserer Studentenschaft, dessen Höhe nur vage zu schätzen ist, psychische Störungen vorliegen, die einer Beratung oder Behandlung bedürfen. Angaben über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen unter Studierenden dürften wohl wegen der mangelnden Erforschung dieser unbekannten Gruppe und der unterschiedlichen sozialpsychologischen Bedingungen an einzelnen Universitäten so breit streuen. Die Inzidenz wurde mit Werten zwischen 4 - 40 % der allgemeinen Studentenschaft angegeben (BAKER 1965 sogar zwischen 2 - 90 %; vgl. DÖRNER 1967, SIEDENTOPF 1968, ZIOLKO 1969).

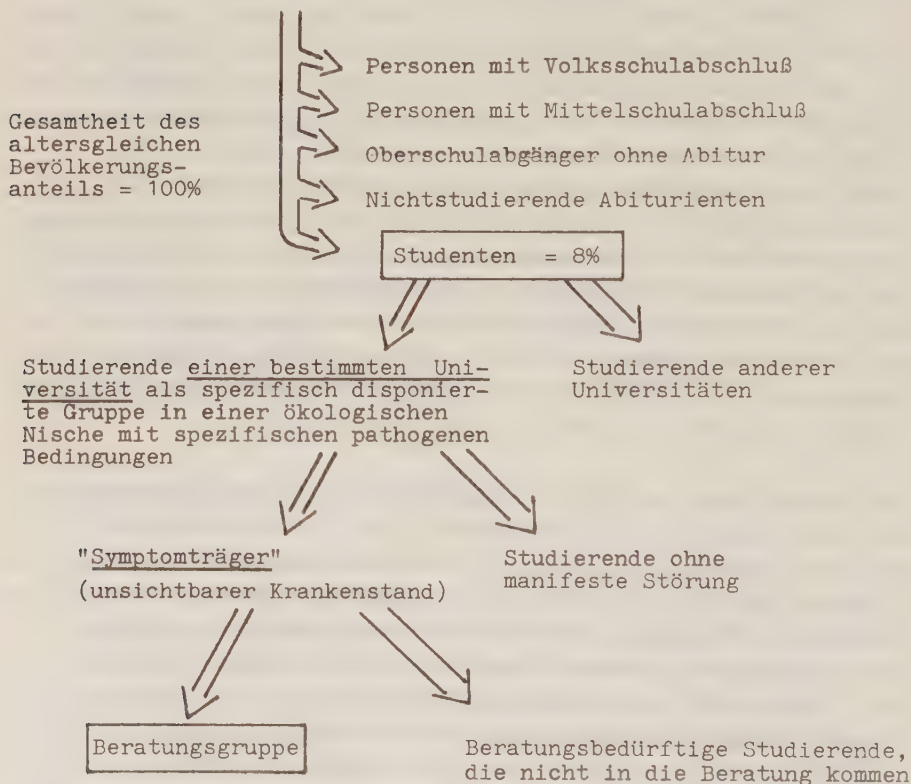
Die Gruppe der unbekannten Symptomträger unter den Studierenden ist im Sinne der medizinischen Soziologie als ein für jede Universität spezifischer unsichtbarer Krankenstand zu betrachten, aus dem sich erst durch verschiedene Selektionsfaktoren die tatsächliche Beratungsklientel heraushebt. An dem Umfang dieses unsichtbaren Krankenstandes hätte sich die Bedarfsschätzung für therapeutische Kapazitäten zu orientieren. Die nach SEGALs Untersuchung außergewöhnlich große Diskrepanz zwischen dem Anteil derjenigen, die zur Beratung kommen (ein Drittel) und derjenigen, die trotz Bedürftigkeit der Beratung fernbleiben (zwei Drittel), dürfte für die psychodynamische Medizin von hoher sozialpolitischer Bedeutung sein.

Die Gesamtgruppe der Symptomträger bleibt auch nach Ursache und Art ihrer Störungen eine Unbekannte. Wenn die Studierenden eine sehr spezifische Gruppe in einer sehr spezifischen Institution sind, erhebt sich aus der Sicht der medizinischen Soziologie die Frage, inwieweit die Universität eine "ökologische Nische für besondere Krankheitsdispositionen" (PFLANZ 1963, 1967) ist. Sozioökologische Untersuchungen wären hier erforderlich, um u.a. auch den Anteil der universitären Situation an der Pathogenese der psychischen Störung zu überprüfen.

Figur 11 zeigt ein Schema, das die sukzessive Selektion der beraterbedürftigen Studierenden veranschaulichen soll.

Fig.11: Schema der Selektion der Beratungsklientel

Die Position der studentischen "Symptomträger" innerhalb des altersgleichen Bevölkerungsanteils kann als Ergebnis eines mindestens zweifachen Selektionsvorganges verstanden werden: bildungs- und sozialschichtabhängige Selektion der Studentenschaft überhaupt, universitäts- und konfliktspezifische Selektion der potentiellen Beratungsklientel innerhalb der Studentenschaft.



1.3 Einige Faktoren der Selektion der Beratungsklientel

Würde man die Beratungsklientel als Gruppe jener Studierenden betrachten, die an psychischen Beschwerden leiden, so wäre dies eine unzureichende Bestimmung. Sie entspräche einem tröstenden Ideal, das den Arzt als Helfer aller leidenden Menschen sieht. Das Konzept des Krankheitsverhaltens (illness behaviour), das an der Situation von Studierenden mit psychischen Beschwerden von MECHANIC (1962) präzisiert wurde, schränkt diese Vorstellung ein. Ob ein Mensch mit seinen Beschwerden den Arzt aufsucht oder nicht, wird weitgehend durch seine Einstellung zum Kranksein, zur Ärzteschaft, zur Institution Krankenhaus und ähnliche Merkmale bestimmt (vgl. PFLANZ 1966, 1967; PFLANZ, PINDING, ARMBRÜSTER, TÖRÖK 1966). Der Begriff Krankheitsverhalten meint im weiteren Sinne also nicht nur das Verhalten eines Patienten in einer wahrgenommenen und diagnostizierten Krankheit. Es schließt Verhalten und Einstellungen vor dem Moment der Krankheitserkennung ein. Merkmale des Gesundheitsverhaltens gehören dazu, also der Art und Weise, wie (noch) 'gesunde' Menschen mit Beschwerden und Störungen umgehen, ehe der Krankheitswert manifest wird. Im folgenden wird der Begriff Krankheitsverhalten in diesem umfassenderen Sinne benutzt.

Es entspräche jedoch einer ungerechtfertigten Isolierung des Phänomens, würde man allein das Verhalten des Patienten in bezug auf seine Krankheit betrachten und als ausschlaggebend für sein Kommen bezeichnen. Mit dem illness behaviour der Patienten dürfte ein entsprechenden Verhalten der Ärzte korrespondieren. Dieser Interaktion sind schließlich Bedingungen durch die Institution vorgegeben, die etwa für eine freie Praxis oder ein städtisches Krankenhaus anders ausfallen dürften als für unsere Psychotherapeutische Beratungsstelle.

Auf Krankheitsverhalten und ärztliches Verhalten als Selektionsfaktoren soll im folgenden kurz eingegangen werden.

1.31 Das Krankheitsverhalten als Selektionsfaktor

Der Einfluß des Krankheitsverhaltens hat zur Folge, daß manche Studenten mit Beschwerden kommen, die den meisten anderen irrelevant erscheinen würden. Andere suchen die Beratung auf, weil Partner sie dazu gebracht haben, sich für gestört zu halten (vgl. RICHTER 1966). Viele kostet es auch bei starken Beschwerden große Überwindung zu kommen. Wie erwähnt bleibt wahrscheinlich die überwiegende Mehrheit der Beratungsbedürftigen trotz großer Leiden aus. Das gemeinsame Gruppenmerkmal der Beratungsklientel ist daher nicht so sehr die psychische Störung als vielmehr der Entschluß, die Beratung aufzusuchen. MECHANIC meint, das illness behaviour liege "logisch und chronologisch zwischen Ätiologie und Diagnose", läßt hier jedoch die entscheidenden Wechselwirkungen außer acht, etwa die der oft krankenden oder entwürdigenden Diagnosestellung seitens des Arztes (MENNINGER 1968) auf das Krankheitsverhalten. Manche Gruppen zeigen systematische Differenzen im Krankheitsverhalten, etwa im subjektiven Gesundheitsbedürfnis. Ein isoliertes Gruppenmerkmal, die Religionszugehörigkeit, korreliert bei College-Studenten in den USA hoch mit der Neigung, den Arzt aufzusuchen. Höhere Schichten neigen im Vergleich mit der Unterschicht eher dazu, sich als krank zu bezeichnen (KOOS 1954).

Für Studenten an westdeutschen Universitäten steht eine Erforschung des Krankheitsverhaltens bei psychischen Beschwerden noch aus. Entscheidende Faktoren des illness behaviour sind subjektive Krankheitskenntnis ("illness recognition") und Krankheitsgefahr ("illness danger") (MECHANIC). Sie führen aus der Gruppe der Symptombäger zu zwei weiteren Selektionsstufen durch die Merkmale:

- vorliegende psychische Störungen wahrzunehmen,
- sich von ihnen gestört zu fühlen, unter ihnen zu leiden.

Die beeinflussen dann auch die von der medizinischen Soziologie recht gut erforschten Entscheidungsstufen, die im vorliegenden Falle einen Studierenden zur Beratung führen (vgl. z.B. PFLANZ 1964). Für einen solchen Entschluß ist erforderlich, daß man:

- sich als krank bezeichnet,
- die Hilfe einer anderen Person zu benötigen meint,
- als Hilfesuchender einen Arzt und nicht eine andere Person aus dem sogenannten Laiensystem konsultiert (Familie, Nachbarn, Freunde, halbmedizinische bzw. halbtherapeutische Personen oder Institutionen vom Apotheker bis zum Briefkasten einer Illustrierten),
- sich für einen ganz bestimmten Arzt oder eine bestimmte Einrichtung entscheidet, z.B. die psychotherapeutische Studentenberatung.

Argenzen haben sich Faktoren, die nach gefasstem Entschluß die Realisierung beeinflussen. Auf dieses Verhalten als Selektionssequenz wirkt außer personalen Merkmalen (wie Gesundheit, Abhängigkeit von anderen, Sensibilisierung) auch die soziale Situation des Studenten.

Wir wollen nur auf einige Einflüsse hinweisen: die Intensität und Differenziertheit des Laienkommunikationssystems (DUBLET, KROGER, SIMMONS and SWITZER 1963; FREILSON 1960), gesehen der Studenten als Gruppe, begünstigt gerade bei psychischen Beschwerden die Neigung, sich etwa an Freunde zu wenden. Dem stehen Entscheidungs-Barrieren (dazu PFLANZ 1965, 1966), zur Seite: Zeitmangel, Energiemangel, ungünstige biographische Situation, soziale Distanz zum Berater etc. Daraus ergibt sich der wichtige Hinweis, daß erhöhter Leistungsdruck nicht gleichzusetzen ist mit erhöhter Tendenz,

sich nach einer Beratung zu erkundigen (vgl. DÖRNER 1967) oder den Berater aufzusuchen. Die Zahl der Selbstbehandlungen und Alternativbehandlungen dürfte im psychischen Bereich die der Fachbehandlungen weit überwiegen. Bei Studenten ändert sich das Krankheitsverhalten zudem unterschiedlich nach Fachzugehörigkeit und Semesterzahl (Fachspezifität und Verlaufsspezifität). Nach LEWIS (1966) korreliert das Krankheitsverhalten z.B. mit der Leistung der Studenten: es kommen z.B. Medizinstudenten mit sehr guten und sehr schlechten Leistungen, also mit spezifischen Symptomen von Arbeitsstörungen, signifikant häufiger zum Arzt. Affinität und Aversion wären also abhängig vom Krankheitsverhalten, das jedoch seinerseits häufig eine Reaktion auf ärztliches Verhalten oder die Gestalt der Beratungsstelle darstellt.

Faßt man die Selektion von bestimmten Personen auch als Selektion von bestimmten Störungen auf, könnte man ein Konzept der Affinität und Aversion bestimmter Konflikte bzw. Symptome für bestimmte Beratungsstellen (analog etwa auch für bestimmte therapeutische Schulen) definieren.

Das illness behaviour wird in allen Phasen des Weges zur Beratung vom ärztlichen Verhalten und von der Art der Institution mitbestimmt. In einer letzten Selektionsstufe begegnen wir einer konkreten Interaktion mit institutionellen Bedingungen: dem Anmeldemodus und Terminfragen. Erst wenn auch diese Interaktion dazu führt, daß der Student einen zeitgerechten Termin erhält und ihn wahrnimmt, sind wir bei dem Studierenden unserer Beratung.

1.32 Das ärztliche Verhalten als Selektionsfaktor

Das ärztliche Verhalten spiegelt sich u.a. im allgemeinen Image einer bestimmten ärztlichen Disziplin. Wie unterschied-

lich ärztliches Verhalten erlebt wird, wie sehr es auf das Krankheitsverhalten wirken kann, zeigt sich etwa am Ansehen bestimmter Ärzteguppen: In Westdeutschland wird z.B. von der allgemeinen Bevölkerung der Facharzt positiver als der praktische Arzt gesehen (Vertrauensverteilung: 68 % gegenüber 28,7 %; MOHL 1969). An der Universität von Oklahoma steht bei der Einschätzung der medizinischen Disziplinen durch College-Studenten der praktische Arzt (general practice) an der Spitze, es folgen Psychiatrie, Chirurgie, Innere Medizin (BRUHN u. PARSONS 1964,1965). Die Unterschiede werden bei der Studentenschaft der Universität Gießen anders ausfallen, es wird sie jedoch geben. Für die Gießener Studentenberatung gilt das noch weitgehend unbestimmte und individuell je anders eingeschätzte Bild eines Psychosomatikers oder das des Psychotherapeuten. Dieses Image bestimmt im Krankheitsverhalten der Studierenden etwa die Entscheidung, ob die Beratungsstelle oder ein anderer Arzt aufgesucht wird.

Das Image ist nicht nur ein stereotypes tradiertes Bild. Es wird modifiziert durch die persönlichkeitspezifische Übertragung (als Teil des Krankheitsverhaltens bzw. der Krankheitseinstellung, vgl. PLAUM 1968), durch konkrete Vorerfahrungen mit anderen Ärzten (25 % der Studierenden in der Beratung waren wegen ihrer Beschwerden schon einmal in anderer Behandlung; MOELLER 1969 d) und durch das reale ärztliche Verhalten des Beraterteams. Vom ärztlichen Verhalten erfahren die Studierenden direkt, (z.B. durch Vorträge, Publikationen, Art der Bekanntgabe einer Beratungsstelle) oder indirekt (über Berichte von Studierenden, die schon einmal in der Beratung waren). In einer Gruppe wie der Studentenschaft in einer kleinen Stadt spielt dabei die mündliche Kommunikation eine große Rolle.

Das ärztliche Verhalten (nicht nur als Verhalten im therapeutischen Gespräch verstanden) kann das Krankheitsverhalten außerordentlich beeinflussen. Eine gezielte geplante Bekannt-

machung in Schweden steigerte laufend den Andrang zur Beratungsstelle (KEMMERICH 1966). Subjektiv erlebte oder objektive Zurückweisungen von Studierenden verringern über Enttäuschungen, die sich in der Studentenschaft herumsprechen, den Zustrom. Die publizistische Beschäftigung eines Therapeuten mit einem speziellen Thema (z.B. Prüfungsangst) zieht offensichtlich Studenten mit diesem Problem an. Andererseits können institutionelle Bedingungen (z.B. Überlastung der Beratungsstelle) auch zu einer Änderung des ärztlichen Verhaltens führen: Öffentliche Vorträge innerhalb der eigenen Universität werden etwa vermieden, wenn sie bei einer unausgewogenen Proportion zwischen Bedarf und Beratungskapazität zu einer nicht mehr zu bewältigenden Flut von Ratsuchenden führen.

Bei psychischen Störungen spielt in den letzten Jahren auch die politisch-gesellschaftliche Einstellung der Berater eine gewisse Rolle für das Krankheitsverhalten der Studierenden.

Das ärztliche Verhalten entscheidet also durch Interaktion mit dem Krankheitsverhalten unter den vorhandenen institutionellen Bedingungen mit über Zustrom und Selektion der Studierenden, die in die Beratung kommen.

2. Zum Krankheitsverhalten der Beratungsgruppe

Das Krankheitsverhalten, im vorliegenden Falle das Verhalten bei psychischen Störungen, kann unter zwei Aspekten betrachtet werden: wie wirkt es auf den Prozeß der Störung selbst, und wie wirkt es auf die Entscheidungen des Studenten, zur Behebung der Störung die Beratung aufzusuchen? - Beide Aspekte beziehen sich auf allgemeine Probleme einer psychodynamischen Medizin. Die Erkenntnisse, die sich an einer speziellen, sozial definierten Gruppe (FÜRSTENAU 1968) gewinnen lassen, dürften in ähnlicher Weise allgemein für psychisch erkrankte Patienten gelten.

2.1 Der pathodynamische Zirkel

Zum Aspekt des Erkrankungsverlaufes, der Pathodynamik, lassen sich aus unseren Ergebnissen einige Vermutungen ableiten. Die allgemeinen Neurosenmerkmale, welche die Beratungsgruppe mit den Poliklinikpatienten teilt, wie Depressivität, Phobie, Passivität und Verslossenheit, umfassen bestimmte Einstellungen, die gern als Endergebnis der Erkrankung im Sinne isolierter Symptome aufgefaßt werden. Mehr Aufmerksamkeit als diese gleichsam statische Betrachtung der Verhaltensangaben verdient jedoch die sozialpsychologische Perspektive. Sie weist auf eine zirkuläre dynamische Wirkung einiger bei Studierenden in der Beratung zu beobachtender Einstellungen im Konfliktprozeß.

Den Selbsteinschätzungen von Beratungsstudenten und Poliklinikpatienten läßt sich entnehmen, daß psychische Störungen dazu tendieren, den eigenen Heilungsprozeß zu verhindern: So ist die Beziehung zu anderen stärker gestört; meist wird sie phobisch gemieden. Sie kann also gerade das nicht mehr bieten, was diese Patienten dringender bedürfen als andere: ein sozialpsychologisches Korrektiv ihres eigenen Verhaltens, das in der Begegnung und Auseinandersetzung mit anderen Menschen gegeben sein kann. Auch leiden Menschen mit psychischen Störungen im wesentlichen an einer Vertrauensstörung sich selbst und anderen gegenüber. Ein vertrauensgestörter Mensch hat aber aufgrund seiner paranoiden Einstellung deutlich weniger Chancen, das ihm besonders fehlende Vertrauen zu erleben und zu gewinnen, als ein Mensch, der vertrauen kann.

Erhöhte Abhängigkeit bei gleichzeitig starker Kontaktversperrtheit dürften sich gegenseitig bedingen, da gerade tiefe Abhängigkeitswünsche den Kontakt bedrohlich machen können, Kontaktmangel jedoch die Abhängigkeitswünsche wiederum

verstärkt. Der Konflikt steigert sich dadurch selbst. Er erreicht eine autonome Dynamik. Phobie und Passivität bewahren den Status quo der Störung, die Störungen konservieren sich selbst. Man könnte von einem negativen pathodynamischen Zirkel sprechen.

Therapeutische Ansätze mit sogenannten living units, in denen psychisch gestörte und psychisch gesunde Studierende gemeinsam wohnen, lösen diesen sozialpsychologischen Circulus vitiosus psychischer Störungen auf und sind deswegen wohl so erfolgreich. Auch Kommunen und verwandte Formen moderner Großfamilienverbände dürften ihre Attraktivität und ihre positive Bedeutung als Modell der Tatsache verdanken, daß sie der psychischen Isolationstendenz von Individuen gleichsam organisatorisch entgegengetreten.

Es zeigte sich weiter bei den studentischen Patienten in der starken Tendenz, sich selbst zu beschuldigen und Aggressionen zurückzuhalten, eine Neigung zur introjektiven Verarbeitung der enttäuschenden Umwelt, zu verstärktem autoplastischen Verhalten. Damit wird eine adäquate Verarbeitung auftretender äußerer Konflikte und anderer auf den Patienten zukommender belastender Aufgaben sehr erschwert. Die Realität wird entstellt erlebt. Einen realen äußeren Mißstand in der eigenen Situation lastet der Patient sich selbst an und kann ihn damit nicht angehen. Die Selbsteinschätzung scheint also insgesamt ein Verhalten zu kennzeichnen, das wenig geeignet ist, am eigenen Los etwas zu ändern. Die Patienten sind damit nicht nur psychisch stärker gestört, sondern in der Regel aufgrund ihres Verhaltens zusätzlich psychisch stärker gefährdet als andere. Sie organisieren sich selbst verstärkt zum Patienten - psychosozial in ihren Einstellungen zu anderen und intraindividuell in der Vorwurfshaltung sich selbst gegenüber.

Der negative pathodynamische Zirkel wurde auch für die Angaben des Arbeitsverhaltens im Modell sich gegenseitig eskalierender Einstellungen dargestellt. Hier wird eine universitäts-

spezifische Pathogenese und Pathodynamik deutlich. Es ergab sich, daß die universitätstypische psychische Störung im Bereich der Arbeit liegt. Hier sind die Studierenden stärker getroffen als die ambulanten Patienten. Die spezifische Störung tritt gerade in dem Bereich auf, der für das gesamte sozialpsychologische Feld charakteristisch ist: in der Ausbildung und Realisierung geistiger Funktionen. Den Eingriff der sozialen Struktur in das individuelle Verhalten zeigte die stärkere Differenzierung des Arbeitsverhaltens zwischen einzelnen Fachgruppen. Verglichen mit der normalen Arbeit ambulanter Patienten ist die Arbeit Studierender gekennzeichnet durch ihre Ausbildungsfunktion, ihren Schwerpunkt im individuellen bzw. theoretischen Bereich und ihrer Abhängigkeit von eigener Initiative. Auf Grund dieser immanenten Charakteristika sind die Arbeitsfunktionen anfälliger, ihre Störungen bedrohlicher.

2.2 Der erschwerte Weg zum Arzt

Der beschriebene Zirkel hat Konsequenzen für die Entscheidungsbildung und Realisierung des Entschlusses eines psychisch gestörten Studenten oder anderen Patienten, die Beratung oder eine psychotherapeutische Ambulanz aufsuchen zu wollen. Möglicherweise ist das Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen vom Krankheitsverhalten bei somatischen Erkrankungen grundsätzlich unterschieden. Das legt die Frage nahe, ob therapeutische Institutionalisierungen der somatisch orientierten Medizin, die von der psychodynamischen Medizin übernommen wurden, auch für psychisch gestörte Menschen adäquat sind. So erscheint etwa der institutionalisierte Weg des Patienten zum Arzt, der hier als Beispiel herausgestellt werden soll, für psychisch gestörte Patienten als eine spezifische Überforderung, wenn man die Selbsteinschätzungen der Gruppe betrachtet, die - so muß man vermuten - dennoch gekommen ist.

Bei psychischen Störungen zeigt sich zwar eine besondere Bedürftigkeit und Abhängigkeit, in unseren Untersuchungen ergab sich jedoch, daß diese Bedürftigkeit allgemein nicht mit einer verstärkten Hinwendung zu anderen verbunden ist, wie man es vielleicht bei psychisch weniger Gestörten erwarten kann. Im Gegenteil führt die psychische Störung trotz größerer Abhängigkeit zu einem verstärkten, resignativ anmutenden Rückzug von anderen. Das dürfte auch für die Beziehung zum Arzt gelten. Die Gruppe ist zwar bedrückt, aber auch phobisch zurückgezogen. Sie neigt zwar zum Gelenktwerden, ist aber in ihrer Aggressivität und Aktivität gehemmt, so daß auch die Entscheidung, von wem sie sich lenken lassen soll, also das Erreichen eines adäquaten passiven Zieles, durch ihre Passivität gehemmt wird. Sie ist zwar von der Umwelt besonders abhängig, aber verschlossener im Kontakt. Depression, Phobie, Passivität und Verschlossenheit - dieses seelisch gestörte Verhalten, das den Patienten zur Therapie motivieren sollte, ist für den Weg zum Arzt gerade das größte Hemmnis. Die emotionalen Voraussetzungen der Arzt-Patient-Beziehung üblicher Vorstellung scheinen bei psychisch gestörten Patienten am wenigsten gegeben. Reicht etwa ein abwartendes Vertrauensangebot, das ärztliche Institutionen ihren Patienten machen, auch für Personen aus, die gerade in Vertrauensbeziehungen gestört sind?

Über diese allgemeineren Einstellungen hinaus, die bei psychischen Störungen den Gang zum Arzt behindern, kann man auch spezielle psychische Konflikte vermuten, die dem Arztbesuch entgegenstehen. Auch hier dürften die Ergebnisse unserer Studentenuntersuchung auf ähnliche Verhältnisse in anderen Populationen hinweisen. Für diesen Bereich kann die Hypothese von beratungsaffinen und beratungsaversen psychischen Störungen aufgegriffen werden.

Die Untersuchung der Fremdmotivation beim Aufsuchen der Beratungsstelle liefert hier Hinweise. Wer auf Anregung anderer kommt, so kann man vermuten, steht hinsichtlich der Motivation zwischen denen, die aus eigener Initiative kommen, und denen,

die trotz des Vorliegens von Störungen und Konflikten fortbleiben. Fremdmotiviertheit korreliert mit passiven, aber auch stärker mißtrauischen Zügen. Das Mißtrauen scheint den Elternkonflikten zu entstammen, die hier vermehrt auftreten. Wie man den Eltern gegenüber mißtrauisch ist, so erlebt man die Elternsubstitute, speziell die Professoren, als desinteressiert an den Problemen der Studierenden. Die Therapeuten in der Beratungsstelle dürfte die gleiche Übertragung treffen: der spezifische Konflikt, der therapiebedürftig wäre, behindert den Gang zum Psychotherapeuten. Es ist zu vermuten, daß bei dieser Gruppe durch die große Passivität, d.h. Fügsamkeit und Wunsch nach Lenkung, die Initiative anderer effektiv werden, die Übertragungshemmung durchbrechen und doch noch den Arztbesuch ermöglichen kann. Ebenso ist jedoch anzunehmen, daß Elternkonflikte in einem anderen Verhaltenskontext geradezu vom Gang zur Beratung abhalten.

Analog wird es weitere beratungsaverse Konflikte (z.B. starke Abhängigkeitsängste, Autoritätskonflikte, starke aggressive Probleme, Vertrauensstörungen etc.) geben, die mit bestimmten Einstellungen den Gang zum Arzt spezifisch verhindern.

Alles spricht sogar dafür, daß die Mehrzahl der psychisch gestörten Menschen (in SEGALs Untersuchung 70 %) nicht wegen ihrer seelischen Probleme kommt, sondern wegen ihrer seelischen Probleme fortbleibt. Dieses große sozialpsychologische Problem dürfte in der aktuellen überlasteten Situation der psychodynamischen Medizin gern übersehen werden, da auch nur seine partielle Lösung zu einem nicht zu bewältigenden Andrang führen wird. Zunächst ist eine starke konfliktspezifische Selektion der Klientel wahrscheinlich.

Nach dem vorliegenden Material ist ferner eine Kombination von Einstellungen zu vermuten, die für den Gang zur Beratung nötig erscheinen. Freud hat die große Rolle des Leidensdruckes für

die Motivation zur psychoanalytischen Therapie betont. Bei Studierenden, die in die Beratung gekommen sind, wurden zwei Einstellungen deutlich, die einen verstärkten Leidensdruck begleiten, nämlich die Überzeugung, nicht für sich allein mit dem Problem fertig werden zu sollen, und die Fähigkeit, viel Bedürfnis nach Liebe zeigen zu können. Aus geläufigen Überlegungen zur sog. Gegenübertragung der Therapeuten (vgl. etwa HEISING und BECKMANN 1970) darf man vermuten, daß diese Einstellungen verbreitet von Therapeuten zu einem gewissen Grad als notwendige Voraussetzungen für eine Behandlung betrachtet werden. Die soziologische Medizin zählt die erwähnte Überzeugung bereits zu den Voraussetzungen der Entscheidungsschritte, die zum Arzt führen. Wem nun diese Überzeugung fehlt und wer unfähig ist, Bedürfnis nach Zuwendung zeigen zu können, wird trotz großen Leidensdruckes der Beratung eher fernbleiben. Auch DÖRNER (1967) wies darauf hin, daß erhöhter Leidensdruck die Studierenden nicht zwangsläufig zur Beratung führen dürfte.

Die Vorstellung, der Leidende oder genauer der Therapiebedürftige suche den Arzt von selbst auf, ist für den Bereich der psychischen Störungen eine harmonistische Utopie. Nicht das Ausmaß der Störung - also die objektive Notwendigkeit einer Therapie -, sondern der spezielle Umgang mit dieser Störung entscheidet über den Gang zum Therapeuten.

Für die psychodynamische Medizin könnten sich hier entscheidende Änderungen des bisher institutionalisierten Arzt-Patienten-Verhältnisses ergeben. Zu denken ist etwa an eine Umkehr des bisherigen Weges: der Arzt wendet sich seinerseits an den psychisch gestörten Patienten, etwa durch eine Intensivierung des Laienkontaktes mit dem Ziel der Aufklärung dieses problematischen Konfliktverhaltens. Zu denken ist auch an breitere gesellschaftspolitische Aktivitäten, die sich etwa auf die Struktur des Gesundheitswesens und des Hochschulsystems zu richten hätten.

3. Die Beratungsgruppe in der Universitätsdynamik

Unsere Untersuchung war nicht auf sozialpsychologische Interaktionen ausgerichtet. Wir haben in den Studierenden nur eine isolierte Gruppe im sozialpsychologischen Feld der Universität vor uns. Insofern sind Aussagen über eine Gruppendynamik, die innerhalb der besonderen institutionellen Struktur der Universität die Universitätsdynamik ausmacht, nur bedingt möglich. Es ergeben sich jedoch Beobachtungen, die für die gegenseitige Beziehung von Professoren und Studenten, für das Verhältnis zwischen Studenten und universitärer Organisation, sowie für das Bild, das sich die Gesellschaft von Studenten macht, von Bedeutung sein könnten.

Wir isolieren zunächst vermutete individuell-persönliche Anteile an der Beziehung der Beratungsklientel zur Hochschule und betrachten dann die Rolle dieser Gruppe in der Hochschuldynamik.

3.1 Persönliche Komponenten

Einstellungen zur Universität, die die Beratungsgruppe angegeben hat, lassen Beziehungen zu persönlichen Problemen erkennen. Im Vergleich zu Studierenden, die nicht in die Beratung kamen, schätzten Beratungsstudenten sowohl die Kritikempfindlichkeit der Professoren als auch ihre eigene Kränkbarkeit als stärker ein. Die Beurteilung der Professoren als schlechte Lehrer ging mit Schwierigkeiten in der eigenen Arbeit einher. Desinteresse der Professoren für die Probleme der Studierenden wurde besonders dann angegeben, wenn Probleme mit den Eltern vorlagen. Wir zweifeln nicht daran, daß eine analoge Untersuchung beispielsweise an psychisch labilen oder auch nur in einer konflikthaften

Situation befindlichen Professoren ähnliche Resultate erbringen würde. Man muß daher fordern, daß auf diesen Hintergrund des eigenen Urteils kritisch geachtet wird, um gegenseitige Sündenbockverhältnisse nicht aufkommen zu lassen. Ein weiteres Verhalten könnte für die Universitätsdynamik relevant sein: die Personifizierungstendenz, die Vermengung von Institutionen- und Personenkritik. Es fällt in psychischen Konfliktsituationen vermutlich leichter, das Unbehagen an strukturellen bzw. institutionellen Mißständen auf Personen zu zentrieren.

Die Betonung sexueller Probleme als Grund des Kommens korrelierte mit einer engagierten hochschulkritischen Haltung. Eine einseitige Kausalität zu vermuten, wäre gewiß verfehlt. Das Phänomen dürfte zum Teil auf einer offeneren Einstellung gegenüber sexuellen Problemen bei politisch aktiven Studierenden beruhen. Betonung sexueller Probleme und eine engagierte politische Einstellung korrelieren gemeinsam mit der Angabe, wenig Vertrauen zu anderen zu haben. Man könnte also eine allgemeine Mißtrauenseinstellung bzw. eine Vertrauensstörung hinter diesen beiden Angaben vermuten. Es bliebe dann immer noch offen, ob nicht eine mißtrauische Einstellung, die im interpersonalen Bereich in einer Störung der intimen Beziehungen resultieren kann, im überpersonalen, politischen Bereich sich als adäquat erweist. Zu fragen wäre ferner, ob nicht eine Präokkupation mit persönlichen Problemen sinnvolle politische Aktivität eher behindere. Wir finden Indizien dafür, daß psychische Störungen in bestimmten Fällen (etwa im Beispiel der Veterinärmediziner in der Beratung) zu einer unpolitischen bis konservativen Einstellung führen können, mit der Gefahr, daß diese Studierenden für die Gestaltung der Universität ausfallen.

Die oben erwähnte Tendenz zur introjektiven Verarbeitung der Umwelt bei der Beratungsgruppe dürfte ebenso stark und für konstruktive Änderungen behindernd sein wie die sonst häufiger genannte projektive Verarbeitung psychischer Konflikte bei Studierenden.

In der Personifizierungstendenz, in unterschiedlicher Kritikintensität, in projektiver und introjektiver Verarbeitung kann man den individuellen Anteil an den Einstellungen zur institutionellen Organisation sehen.

3.2 Die Sündenbockrolle der Beratungsgruppe

Die Situation der Beratungsklientel ist in beträchtlichem Maße auch durch die Dynamik der universitären Verhältnisse bestimmt, d.h. der psychische Zustand des Individuums, ausgedrückt in seinem Selbstbild und seinen Einstellungen anderen gegenüber, ist mitdeterminiert durch Einflüsse des institutionellen Kontext, in dem es einen Großteil seiner Zeit verbringt und für seine weitere Entwicklung fundamentale Arbeit leistet. MAHLER (1969) bezeichnete die Studentenberatung in kritischer Absicht als "Hauptverbandsplatz" universitärer Krisen. Die Isolation einer sozialdefinierten (FÜRSTENAU 1968) Klientel der Studierenden aus den dynamischen Prozessen ihres sozialen Ortes (vgl. BERNFELD 1929), der Universität, führte konsequent zu Kritik von soziologischer Seite: psychische Störungen bei Studierenden wurden ohne kritische Reflexion ihrer sozialen Bedingungen reflektiert (SCHULLER und SOMMERKORN 1968; GOLDSCHMIDT 1969 a; DÖRNER 1967). Insofern wäre hier das Modell einer psychosozialen Konstellation, das neben dem Individuum die Wechselwirkung mit seinen Partnern und die institutionellen Bedingungen berücksichtigt, zuständig (vgl. seine Anwendung auf die Psychodynamik des Prüfungswesens (MOELLER 1969 e, 1970), sowie die Konzepte der Sozialadoleszenz und der Identitätsfrustration (MOELLER 1969 f)).

Unter der Annahme, daß die beschriebenen Querschnitte aus Anfangs- und Endphase des Studiums auch eine generelle Entwicklungslinie der Studierenden wiedergeben, kann man diese psychosoziale Konstellation auch als Prozeß sehen. Dabei wird deutlich: Studenten ohne manifeste Störungen erscheinen gegen Ende des Studiums stabilisierter, die Beratungsgruppe labilisierter. In einem Prozeß von etwa sechs Jahren wirkt sich also die psychosoziale Konstellation auf unterschiedliche Individuen unterschiedlich aus.

Ein pauschales Urteil über die pathogenen Wirkungen der Universität erscheint daher zunächst fragwürdig. Sehen wir die leichter labilisierbare Beratungsgruppe jedoch als feineren Indikator für Auswirkungen der Interaktionen, die bei anderen Gruppen weniger deutlich werden, dann erscheint die Entwicklungsrichtung

als Resultante der Interaktionen insgesamt bedenklich. Erfasst man die psychische Labilisierung im einzelnen, so zeigt sich, daß eine (relativ zum Gesamtverhalten der Beratungsgruppe) offenere, aktivere und aggressivere Haltung zu Anfang des Studiums einer passiveren, fügsameren, verschlosseneren Haltung gegen Ende des Studiums gegenübersteht. Es bleibt zwar ungeklärt, ob sich hier Generationsunterschiede oder die Wirkung der individuellen Entwicklung jenseits des universitären Raums abbilden, doch fügt sich diese Einstellungsänderung genau in den Kontext einer rezeptiv-orientierten und hierarchisch strukturierten Universität, die heute noch den einzelnen Lernenden und Lehrenden weitgehend isoliert hält. Es ist anzunehmen, daß die reformierten Studiengänge in kleinen Gruppen hier eine wesentliche Änderung bringen könnten.

Ob diese Entwicklung zu größerer Passivität, Fügsamkeit und Verschlossenheit auch für andere Gruppen an der Universität gilt, kann nicht beantwortet werden. Betrachtet man die ganze Universitätsdynamik als ein System, so wäre denkbar, daß einer schwachen Gruppe besondere Belastungen aufgebürdet werden. Wie sich zeigte, organisiert diese depressive Gruppe auch sich selbst betont zum Patienten. Damit ist die sozialpsychologische und individuelle Voraussetzung für die Sündenbockrolle gegeben - nicht nur innerhalb des universitären Raums. In Pressemeldungen wird deutlich, daß die Befunde von Beratungsstellen gern auf die allgemeine Studentenschaft generalisiert werden und die Vorstellungen von Studierenden als einer Gruppe psychisch gestörter junger Erwachsener nähren. Ergebnisse aus der Beratungsstelle können so zur Aufrechterhaltung dieses Sündenbockmechanismus mißbraucht werden.

4. Folgerungen für Psychotherapeutische Beratungsstellen an der Universität

Aus dem Vorgesagten ergeben sich Konsequenzen für Beratungsstellen: wie kann man die Barriere vor dem Besuch der Beratung

beseitigen, die sich aus der therapiebedürftigen psychischen Störung selbst ergibt? - Ist eine Beratungsstelle, die sich innerhalb eines sozialpsychologischen Feldes nur einer Gruppe widmet, überhaupt in der Lage, adäquat zu helfen?

4.1 Therapie des Krankheitsverhaltens

Die erste Frage kann nur durch eine Erforschung des Krankheitsverhaltens in der allgemeinen Studentenschaft genauer beantwortet werden. Die Tatsache jedoch, daß ein solches Verhalten eine zentrale Rolle spielt, öffnet den Blick für einen therapeutischen Raum vor der Beratung.

Durch die Interaktion des Krankheitsverhaltens mit dem ärztlichen Verhalten und der Gestaltung des Ortes seiner Wirksamkeit gewinnt die öffentliche Seite ärztlichen Verhaltens nicht nur im üblichen Sinne prophylaktischen Vorgehens, sondern im Sinne einer Therapie des Krankheitsverhaltens, die der Behandlung der Patienten gleichwertig ist, eine besondere Funktion. Die Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen kann damit als therapeutische Aktivität und Pendant jeder Behandlung gelten. Die große Unkenntnis im psychodynamischen Bereich und die skizzierte Problematik im beratungsaversen Krankheitsverhalten psychisch gestörter Menschen erfordern eine bewußtseinsändernde Arbeit, die jeder wissenschaftsinternen Kommunikation gleichwertig ist. Zu den Aufgaben gehört auch die Aufklärung über spezifische beratungsaverse Konflikte und Symptome, die in der Beratungsstelle bzw. einer psychotherapeutischen Klinik grundsätzlich ebenso der Behandlung zugänglich sind wie beratungsaffine Störungen. Damit ist eine Umwertung laienverständlicher Arbeiten verbunden, die gern als populäre Schriften diskriminiert werden.

Konkret ergibt sich bei Arbeiten über Probleme der Studierenden eine Aufforderung zu möglichst verständlicher Sprache und breiter Kommunikation an die Studentenschaft, die nach dem Prinzip leichter Erreichbarkeit, vielfacher Publikation und nicht zuletzt billiger Herstellung verfahren sollte. Nur dadurch kann

ein Stagnieren in einem sich einpendelnden System verhindert werden, das die Mehrzahl außerhalb der Beratung hält (vgl. auch SPERLING 1969).

Darüberhinaus legen die Befunde neue Formen therapeutischer Aktivitäten nahe. Die Therapeuten könnten als Berater z.B. von Tutoren (nach dem Modell von sog. BALINT-Gruppen) oder in Supervisionstätigkeit von Studenten, die eigene therapeutische Gemeinschaften im Sinne der Selbsthilfe bilden wollen, in den Bereich außerhalb der Beratung aktiv hineinwirken.

Wegen der Steuerung des Krankheitsverhaltens durch das Bild der Institutionen muß bei Einrichtung der Beratungsstellen ihre funktionsgerechte Wirkung auf die Zielgruppe, im jetzigen Falle also auf die Studentenschaft, beachtet werden. Die Beratung kann nicht allein nach organisationsimmanenten oder wissenschafts-internen Kriterien eingerichtet werden. Die Gestaltung einer Beratung und ihrer Organisation muß studentenzentriert erfolgen (z.B. äußere und innere Aufmachung, Anmeldemodus, Gesprächszeiten). Sie erfordert eine Reflexion der lokalen Gegebenheiten (z.B. Lage im Universitätsbereich). Der Grad der Ausrüstung hat, wie erwähnt, unmittelbare Wirkung auf Selektion und Zustrom der Studierenden zur Beratung. Eine unzureichende Ausstattung führt über die Belastung der Berater zur Vernachlässigung der reflektiven und forschenden Aktivität, nicht zuletzt auch des therapeutischen Einflusses auf das Krankheitsverhalten.

Allein auf Grund ihrer vorläufigen Funktion (therapeutische Maßnahmen für eine isolierte Gruppe im Rahmen der Universitätsdynamik) sollte eine Psychotherapeutische Beratungsstelle weitgehend äußere und innere Unabhängigkeit erhalten. Sie sollte nicht an ein Institut oder eine Klinik angeschlossen sein, sondern als selbständige Institution der Universität über einen eigenen Etat verfügen (vgl. DÖRNER 1967). Nur so kann sie auch der phobisch-paranoiden Problematik vieler gestörter Studierender gerecht werden. Die Selbständigkeit erscheint auch als erforderliche Voraussetzung für gegebenenfalls kritische Aktivität gegenüber Universitätsinstitutionen.

4.2 Notwendigkeit einer erweiterten Perspektive

Zu warnen ist freilich vor einer Überschätzung der Möglichkeiten einer primär individuell-therapeutisch orientierten Einrichtung; dies um so mehr, als sich die Studentenberatung nur einer einzigen Gruppe der Hochschulangehörigen widmet. Die Beschränkung auf eine zahlenmäßig starke, bei der Konzeption des gesamten Lehr-Lernsystems der Universität aber bisher weitgehend einflußlose Gruppe erscheint fragwürdig. So bleibt ungeklärt, ob die Universitätsdynamik nicht den Studenten als lange Zeit schwächstem Partner zu große Belastungen zugemutet hat.

Zu einem wissenschaftlich sinnvollen Forschungs- und Behandlungsbereich einer psychotherapeutischen Beratung gehören also neben den Studenten alle anderen universitären Gruppen und die Institutionsberatung (vgl. FÜRSTENAU 1968, SPERLING 1969). Erst im gesamten sozialpsychologischen Feld als einem System lassen sich sinnvolle, komplexe therapeutische Maßnahmen durchführen, die auch organisatorische Neuerungen bedeuten werden. Zu fordern wäre die Erweiterung der Beratungsstellen für Studierende zu Instituten für Universitätsdynamik, die dem Problem psychischer Störungen einer sozialdefinierten Gruppe wissenschaftlich adäquater begegnen könnten. Die Aufgaben dieser Institute wären neben der Therapie psychischer Störungen in den verschiedenen Gruppen die institutionelle Beratung bei strukturellen Mißständen. Hier könnten psychologische bzw. psychodynamische Erkenntnisse in die Erforschung und Erprobung von Lehr-Lernsystemen eingebracht werden, so daß sich das Arbeitsgebiet der Institute mit der fachbezogenen Hochschuldidaktik berührt. Die Einrichtung solcher Institute wäre allerdings selbst ein Produkt jener Universitätsdynamik, die es zu erforschen gälte, und somit auch von jenen gesellschaftlichen Kräften abhängig, die von außen die Universitätsdynamik mitbestimmen.

IX. ANHANG

Der Anhang ist in fünf Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt werden Untersuchungsgang und Dokumentation der Daten erläutert. Im zweiten Abschnitt sind die verwendeten Fragebögen wiedergegeben, im dritten die zum Vergleich herangezogenen Kontrollgruppen von nichtstudierenden Poliklinikpatienten und studierenden Nichtpatienten beschrieben.

Der vierte Abschnitt enthält zusätzliches Material in Form von Tabellen und Itemlisten, außerdem Einzelheiten über die verwendeten statistischen Auswertungsverfahren. Im fünften Abschnitt finden sich Tabellen-, Figuren- und Literaturverzeichnis.

1. Datenerhebung und Dokumentation

Die Erhebung von Daten, die in einer Studentenberatung im Rahmen der normalen Untersuchung durchgeführt werden soll, muß folgende Bedingungen erfüllen:

1. Es soll kein zusätzlicher Termin nötig sein, zu dem der Ratsuchende erscheinen müßte.
2. Die Datenerhebung soll auf mehrere Personen verteilt sein (den Ratsuchenden, die Aufnahmeschwester oder - sekretärin, den das erste Beratungsgespräch führenden Therapeuten).
3. Sie sollte für den Ratsuchenden nicht mehr als eine halbe bis dreiviertel Stunde dauern, für den Therapeuten nicht mehr als eine viertel Stunde.
4. Die Daten sollen in einer Form vorliegen, die es der Dokumentationssekretärin ermöglicht, sie mit einem Minimum zusätzlicher Kodierungsarbeit abzulochen.
5. Die Daten sollen möglichst ohne zusätzliche Vorbereitung in maschinellen Rechenanlagen ausgewertet werden können.

Daher kommen im wesentlichen Fragebögen, die der Ratsuchende selbst beantwortet, mit vorgegebenen Antwortalternativen in Frage. Der übliche Untersuchungsgang sieht vor, daß zunächst Personalien und einige Grunddaten von der Aufnahmeschwester oder -sekretärin erfragt und in das Kopfblatt der Krankenakte eingetragen werden. Dann füllt der Ratsuchende selbst einige Fragebögen aus. Sie betreffen weitere persönliche Daten sowie Angaben zum Studium (Datenbogen II), die Hauptgründe, die den Studierenden in die Beratung führten (Motivationsfragebogen), kör-

perliche Beschwerden (Körperbeschwerdebogen BSB), die Selbsteinschätzung in einem Persönlichkeitsfragebogen (GPI), sowie einige Angaben zum Arbeitsverhalten (Arbeitsfragebogen AFB) und zur Universitätssituation (Universitätsfragebogen UFB). Es schließt sich ein in der Regel 50-minütiges erstes Beratungsgespräch an, an dessen Ende gegebenenfalls weitere Beratungs- oder Psychotherapiestunden oder auch psychologische Testuntersuchungen vereinbart werden. Der beratende Therapeut füllt im Anschluß an das Gespräch einen vorstrukturierten Erstuntersuchungsbogen (EIB) und die Fremdbeurteilungsform des Gießener Persönlichkeitsinventars aus, verfaßt dazu einen frei formulierten Erstinterviewbericht.

Alle vor und nach dem ersten Beratungsgespräch erhobenen Daten - mit Ausnahme des Erstinterviewberichtes - werden in der Regel am gleichen Tag von der Dokumentationssekretärin auf Lochkarten übertragen. Für jeden Studierenden werden hierbei, wenn keine zusätzlichen Daten - etwa Testuntersuchungen - erhoben werden, sechs Lochkarten benötigt.

2. Fragebögen

Die abgedruckten Fragebögen sind zu unterteilen in solche, die der Patient bzw. Student vor dem ersten Gespräch ausfüllt und solche, die der untersuchende Therapeut nach dem Gespräch ausfüllt.

2.1 Vom Ratsuchenden werden ausgefüllt:

- 2.11 Datenbogen II (Datenbogen I ist das Kopfblatt der Krankenakte und wird von der Aufnahmeschwester oder - sekretärin ausgefüllt).

2.12 Motivationsfragebogen

2.13 Gießener Persönlichkeitsinventar (Selbstbeurteilungsfom, GPI - S)

2.14 Körperbeschwerdebogen

2.15 Arbeitsfragebogen

2.16 Universitätsfragebogen

2.2 Vom Therapeuten werden ausgefüllt:

2.21 Gießener Persönlichkeitsinventar (Fremdbeurteilungsfom, GPI - F). Das GPI - F ist hier nicht wiedergegeben, da es sich von der S - Form nur durch die Personalpronomina "er", "sie" statt "ich" und entsprechende textliche Änderungen unterscheidet.

2.22 Erstuntersuchungsbogen (EIB)

Die Bögen 2.13, 2.14, 2.21 und 2.22 werden auch in der Psychosomatischen Poliklinik routinemäßig verwendet.

2.12 Motivationsfragebogen ¹⁾

- | | | |
|---|---------------|---|
| 1. Ich glaube, die Möglichkeit, über meine Probleme sprechen zu können, hat sehr viel | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig Bedeutung für mein Kommen. |
| 2. Unter meinen Beschwerden habe ich im Augenblick wenig | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr zu leiden. |
| 3. Ich komme vor allem | 3 2 1 0 1 2 3 | weniger deswegen, weil ich mehr Klarheit über mich gewinnen möchte. |
| 4. Für mein Kommen sind seelische Probleme weniger | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr entscheidend. |
| 5. Ich komme hauptsächlich | 3 2 1 0 1 2 3 | gar nicht wegen körperlicher Beschwerden zur Beratung. |
| 6. Schwierigkeiten mit meinen Eltern spielen für mein Kommen eine große Rolle | 3 2 1 0 1 2 3 | eine geringe Rolle. |
| 7. Ich bin durchaus der Meinung | 3 2 1 0 1 2 3 | ich bin nicht der Meinung, man sollte mit den eigenen Problemen allein fertig werden. |
| 8. Schwierigkeiten mit einem Freund/einer Freundin sind sehr bedeutend | 3 2 1 0 1 2 3 | wenig bedeutend für mein Kommen. |
| 9. Arbeitsschwierigkeiten sind für mein Kommen wenig | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr ausschlaggebend. |
| 10. Ich glaube, daß sexuelle Probleme für mein Kommen wenig | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr entscheidend sind. |
| 11. Ich glaube, ich bin ganz gut | 3 2 1 0 1 2 3 | gar nicht über Psychotherapie informiert. |
| 12. Ich komme besonders | 3 2 1 0 1 2 3 | gar nicht deswegen, weil ich unsicher bin, ob ich mich für das richtige Studium entschieden habe. |
| 13. Ich suche die Beratung gar nicht deswegen | 3 2 1 0 1 2 3 | vor allem deswegen auf, weil ich es im Kontakt mit anderen leichter haben möchte. |
| 14. Ich komme mehr aus eigener Initiative | 3 2 1 0 1 2 3 | mehr auf Anregung anderer. |

1) Dieser und die folgenden Fragebögen sind im Original nicht mit den hier benutzten Überschriften versehen.

2.13 Gießener Persönlichkeits-Inventar (GPI - S)

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß Ihr Verhalten im Vergleich zu anderen Menschen unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (z.B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

-
- | | | |
|---|---------------|--|
| 1) Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig | 3 2 1 0 1 2 3 | eher geduldig. |
| 2) Ich glaube, ich suche eher | 3 2 1 0 1 2 3 | ich meide eher Geselligkeit. |
| 3) Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken | 3 2 1 0 1 2 3 | von anderen gelenkt zu werden. |
| 4) Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig beeinflussen. |
| 5) Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten | 3 2 1 0 1 2 3 | eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache |
| 6) Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufrassen | 3 2 1 0 1 2 3 | meinen Ärger irgendwie abzureagieren. |
| 7) Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark | 3 2 1 0 1 2 3 | kaum daran interessiert andere zu übertreffen. |
| 8) Ich halte mich für sehr wenig | 3 2 1 0 1 2 3 | besonders ängstlich. |
| 9) Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden | 3 2 1 0 1 2 3 | eher unzufrieden sind. |
| 10) Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel | 3 2 1 0 1 2 3 | besonders wenig Vertrauen. |
| 11) Ich habe den Eindruck ich zeige sehr viel | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe. |

- | | | |
|---|---------------|--|
| 12) Ich glaube, ich meide
eher | 3 2 1 0 1 2 3 | suche eher sehr engen
Anschluß an einen
anderen Menschen. |
| 13) Ich glaube, ich kann im
Vergleich zu anderen
eher gut | 3 2 1 0 1 2 3 | eher schlecht mit
Geld umgehen. |
| 14) Ich halte mich selten | 3 2 1 0 1 2 3 | oft für sehr be-
drückt. |
| 15) Ich habe den Eindruck,
ich gebe im allgemeinen
viel | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig von mir
preis. |
| 16) Ich schätze, es gelingt
mir eher schwer | 3 2 1 0 1 2 3 | eher leicht, mich
beliebt zu machen. |
| 17) Ich glaube, ich habe es
eher leicht | 3 2 1 0 1 2 3 | eher schwer, mich
für lange Zeit an
einen anderen Men-
schen zu binden. |
| 18) Ich glaube, ich bin mit
der Wahrheit eher groß-
zügig | 3 2 1 0 1 2 3 | eher übergenu. |
| 19) Ich habe den Eindruck,
ich gehe eher leicht | 3 2 1 0 1 2 3 | eher schwer aus mir
heraus. |
| 20) Ich glaube, im Vergleich
zu meinen Altersgenossen
wirke ich in meinem Be-
nehmen eher jünger | 3 2 1 0 1 2 3 | eher älter. |
| 21) Ich habe den Eindruck,
ich bin eher sehr wenig
ordentlich | 3 2 1 0 1 2 3 | eher überordentlich. |
| 22) Ich schätze, ich gerate
besonders häufig | 3 2 1 0 1 2 3 | besonders selten in
Auseinandersetzungen
mit anderen Menschen. |
| 23) Ich glaube, ich bin
eher darauf eingestellt,
daß man mich für min-
derwertig | 3 2 1 0 1 2 3 | für wertvoll hält. |
| 24) Ich habe den Eindruck,
ich schaffe mir im Le-
ben eher besonders viel
Mühe | 3 2 1 0 1 2 3 | eher Bequemlichkeit. |
| 25) Ich denke, ich fühle
mich den anderen Men-
schen eher sehr fern | 3 2 1 0 1 2 3 | eher sehr nahe. |
| 26) Ich glaube, ich habe im
Vergleich zu anderen
eher besonders viel | 3 2 1 0 1 2 3 | eher wenig Phanta-
sie. |

- | | | |
|--|---------------|---|
| 27) Ich glaube, ich lege kaum | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr viel Wert darauf, schön auszu-
sehen. |
| 28) Ich habe den Eindruck es fällt mir eher schwer | 3 2 1 0 1 2 3 | eher leicht, mit anderen eng zusammen-
zuarbeiten. |
| 29) Ich denke, ich mache mir selten | 3 2 1 0 1 2 3 | immer Selbstvorwürfe. |
| 30) Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel | 3 2 1 0 1 2 3 | wenig Liebe schenken. |
| 31) Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam | 3 2 1 0 1 2 3 | besonders eigen-
sinnig. |
| 32) Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten | 3 2 1 0 1 2 3 | verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen. |
| 33) Ich habe den Eindruck es gelingt mir eher schlecht | 3 2 1 0 1 2 3 | eher gut, meine Interessen im Lebens-
kampf durchzusetzen. |
| 34) Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv | 3 2 1 0 1 2 3 | wenig erlebnisfähig. |
| 35) Ich denke, ich habe sehr gute | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr schlechte schau-
spielerische Fähig-
keiten. |
| 36) Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark | 3 2 1 0 1 2 3 | eher als schwach einschätzt. |
| 37) Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken. |
| 38) Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht | 3 2 1 0 1 2 3 | eher schwer, bei einer Sache zu bleiben. |
| 39) Ich glaube, ich kann sehr schwer | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr leicht ausge-
lassen sein. |
| 40) Ich fühle mich im Um-
gang mit dem anderen
Geschlecht unbefangen | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr befangen. |

Skalen 1 - 40

1 2 3 4 5 6 7

2.14 Körperbeschwerdebogen

Auf den folgenden Seiten ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte.

Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der "nicht vorhanden" - Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt

	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stärk-
1. Schwächegefühl					
2. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern					
3. Druck- oder Völlegefühl im Leib					
4. Neigung zum Weinen					
5. Juckreiz					
6. Ohnmachtsanfälle					
7. Übermäßiges Schlafbe- dürfnis					
8. Geschlechtliche Unter- erregbarkeit					
9. Gelenk- oder Glieder- schmerzen					
10. Schwindelgefühl					
11. Kreuz- oder Rücken- schmerzen					
12. Starkes Schwitzen					
13. Nacken- oder Schulter- schmerzen					
14. Gehstörungen					
15. Erbrechen					
16. Sehstörungen					

	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
17. Anfälle					
18. Übelkeit					
19. Gewichtszunahme					
20. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
21. Drang zum Wasserlassen					
22. Hautveränderungen					
23. Aufstoßen					
24. Überempfindlichkeit gegen Kälte					
25. Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
26. Verkrampfung im Arm beim Schreiben					
27. Kopfschmerzen					
28. Überempfindlichkeit gegen Wärme					
29. Rasche Erschöpfbarkeit					
30. Schlafstörungen					
31. Geschlechtliche Übererregbarkeit					
32. Müdigkeit					
33. Gleichgewichtsstörungen					
34. Schluckbeschwerden					
35. Hustenreiz					
36. Gefühl der Benommenheit					
37. Taubheitsgefühl (Einschla- fen, Absterben, Brennen oder Kribbeln in Händen und Füßen)					

	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	sta
38. Verstopfung					
39. Appetitlosigkeit					
40. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen					
41. Schweregefühl oder Müdig- keit in den Beinen					
42. Mattigkeit					
43. Durchfälle					
44. Lähmungen					
45. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
46. Zittern					
47. Halsschmerzen					
48. Leichtes Erröten					
49. Kalte Füße					
50. Heißhunger					
51. Magenschmerzen					
52. Anfallsweise Atemnot					
53. Unterleibsschmerzen					
54. Gewichtsabnahme					
55. Druckgefühl im Kopf					
56. Beschwerden bei der Periode (bei Frauen)					
57. Anfallsweise Herzbe- schwerden					
58. Sprachstörung					

Sind Ihrer Meinung nach Ihre Beschwerden eher körperlich oder eher seelisch oder auch körperlich und seelisch bedingt? Kreuzen Sie bitte an, was Ihrer eigenen Meinung nach zutrifft.

	nicht	etwas	zum Teil	über- wiegend	allein
körperlich					
seelisch					

Falls Ihre Beschwerden in der Liste nicht vorkommen, bitten wir Sie, diese nachfolgend zu notieren:

	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

2.15 Arbeitsfragebogen

- | | | |
|--|---------------|---|
| 1. Ich schätze, ich habe eher ein gutes | 3 2 1 0 1 2 3 | ein schlechtes Gedächtnis. |
| 2. Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen eher mehr | 3 2 1 0 1 2 3 | eher weniger ehrgeizig. |
| 3. Ich zweifle selten | 3 2 1 0 1 2 3 | oft, ob ich meine Arbeit ganz richtig mache. |
| 4. Ich arbeite im allgemeinen lieber unter Anleitung | 3 2 1 0 1 2 3 | lieber völlig selbständig. |
| 5. Es macht mich verlegen, | 3 2 1 0 1 2 3 | nicht verlegen, wenn ich vor den Augen anderer etwas leisten soll. |
| 6. Ich schätze, daß ich im Vergleich zu anderen bei der Arbeit eher nach kürzerer Zeit | 3 2 1 0 1 2 3 | eher nach längerer Zeit ermüde. |
| 7. Ich komme verhältnismäßig leicht | 3 2 1 0 1 2 3 | schwer darüber hinweg, wenn jemand meine Arbeit kritisiert. |
| 8. Ich habe den Eindruck, ich arbeite eher regelmäßig | 3 2 1 0 1 2 3 | eher sehr unregelmäßig. |
| 9. Ich glaube, meine Leistungen hängen sehr stark | 3 2 1 0 1 2 3 | sehr wenig von meiner Einstellung zu der Person ab, die mir die Arbeit zuteilt. |
| 10. Es passiert mir häufig, | 3 2 1 0 1 2 3 | selten, daß ich statt zu arbeiten etwas Angenehmeres unternehme. |
| 11. Ich habe häufig. | 3 2 1 0 1 2 3 | nur manchmal Freude an meiner Arbeit. |
| 12. Ich glaube, meine Leistungsbereitschaft hängt fast nur | 3 2 1 0 1 2 3 | wenig von der Anerkennung durch andere Menschen ab. |
| 13. Ich fühle mich in Bezug auf den Erfolg meiner Arbeit häufiger sicher | 3 2 1 0 1 2 3 | häufiger unsicher. |
| 14. Ich glaube, daß ich oft | 3 2 1 0 1 2 3 | selten von Arbeit überhäuft bin. |
| 15. Ich habe es häufiger | 3 2 1 0 1 2 3 | selten schwer, bei einer Arbeit erstmal den Anfang zu finden. |

2.16 Universitätsfragebogen

1. Ich glaube, als Student ist man mehr 3 2 1 0 1 2 3 weniger abhängig als Gleichaltrige, die im Beruf stehen.
2. Ich glaube, daß Professoren sich für die Probleme der Studenten stark 3 2 1 0 1 2 3 gar nicht interessieren.
3. Wenn Studenten unzufrieden sind, so liegt das meines Erachtens eher an ihren persönlichen Schwierigkeiten 3 2 1 0 1 2 3 eher an den äußeren Umständen, die auf sie einwirken.
4. Ich glaube, wir Studenten müssen sehr viel mehr 3 2 1 0 1 2 3 kaum mehr Einfluß auf die Gestaltung der Universität als heute bekommen.
5. Ich habe mich an der Universität oft 3 2 1 0 1 2 3 nie verloren gefühlt.
6. Ich neige sehr stark 3 2 1 0 1 2 3 sehr wenig dazu, mich an politischen Aktivitäten von Studentengruppen zu beteiligen.
7. Ich habe den Eindruck, die Professoren können kritische Einstellungen der Studenten gut 3 2 1 0 1 2 3 gar nicht ertragen.
8. Ich bin über den Aufbau meines Studiums sehr gut 3 2 1 0 1 2 3 sehr mangelhaft informiert worden.
9. Ich finde, meine Professoren sind im allgemeinen sehr gute 3 2 1 0 1 2 3 sehr schlechte Lehrer.
10. Ich habe sehr genaue Vorstellungen davon, 3 2 1 0 1 2 3 noch gar keine genauen Vorstellungen davon, was ich nach meinem Studium tun möchte.
11. Ich glaube, daß die Studentenschaft zu allgemeinen politischen Fragen unbedingt 3 2 1 0 1 2 3 kaum öffentlich Stellung nehmen soll.
12. Ich finde, ich werde in meinen Leistungen an der Universität zu sehr 3 2 1 0 1 2 3 zu wenig kontrolliert.
13. Ich glaube, es wird zu viel 3 2 1 0 1 2 3 zu wenig Kritik an Universitätsorganen geübt.
14. Ich schätze, Professoren sind in Prüfungen eher milder 3 2 1 0 1 2 3 eher strenger als sonst.

2.22 Erstuntersuchungsbogen

Name:

i-Ziffer:

I. DIAGNOSE:

1. Erste eigene Begründung des Patienten/Studenten für sein
Kommen: -----

2. STÖRUNGEN, BESCHWERDEN

Arbeitsstörung

- ☐ ja (bitte angeben): -----
☐ nein

Kontaktstörung

- ☐ ja (bitte angeben): -----
☐ nein

Störung der körperlichen Sexualfunktion

- ☐ ja (bitte angeben): -----
☐ nein

Psychiatrische Einzelsymptome (z.B. Agoraphobie, Halluzi-
nation, Kleptomanie, Wahnideen usw.)

- ☐ ja (bitte angeben): -----
☐ nein

Perversionen

- ☐ ja (bitte angeben): -----
☐ nein

Bitte die Diagnosen jetziger organischer Erkrankungen angeben:

3. PERSÖNLICHKEIT

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ schizoider Ch. | ☐ passiver Ch. |
| ☐ paranoider Ch. | ☐ masochistischer Ch. |
| ☐ depressiver Ch. | ☐ phall.-narzißtischer Ch. |
| ☐ Zwangscharakter | ☐ hysterischer Ch. |
| ☐ phobischer Ch. | ☐ soziopathischer Ch. |
-

II. BEHANDLUNG:

theoretisch
indiziert

praktisch
vorgeschlagen

keine Behandlung -----	0 -----	0
direkte Behandlung -----	1 -----	1
Beratung einer Bezugsperson -----	2 -----	2
Familienberatung -----	3 -----	3
Psychotherapie		
überwiegend stützende -----	4 -----	4
überwiegend aufdeckende -----	5 -----	5
Partner- bzw. Ehepaartherapie		
gemeinsam -----	6 -----	6
konkurrierend -----	7 -----	7
kollaborativ -----	8 -----	8
Familientherapie		
gemeinsam -----	9 -----	9
konkurrierend -----	10 -----	10
kollaborativ -----	11 -----	11
Suggestionstherapie (autog. Train.) -----	12 -----	12
Psychoanalyse -----	13 -----	13
ambul. Gruppentherapie -----	14 -----	14
stat. Gruppentherapie -----	15 -----	15
Medikation -----	16 -----	16
Überweisung:		
Psychiatr. Klinik -----	17 -----	17
psychoth.-orientierte Klinik -----	18 -----	18
internistische Klinik -----	19 -----	19
andere Kliniken, Sanatorium -----	20 -----	20
zu prakt. Psychotherapeuten -----	21 -----	21
zu prakt. Arzt bzw. Therapeut -----	22 -----	22

Differenz

o keine Differenz

1 wegen äußerer Behinderung
2 wegen persönlicher Ablehnung

III. PROGNOSE:

(bei fehlender Fachkompetenz: o keine Prognose)

1 ungünstig 2 eher ungünstig 3 eher günstig 4 günstig

BEMERKUNGEN:

.....

Datum Unterschrift Prüfung Abgelocht

3. Zu den Vergleichsgruppen

3.1 Patienten der Poliklinik der Psychosomatischen Klinik

Im folgenden werden einige statistische Angaben über die Zusammensetzung der poliklinischen Patientengruppe gemacht, mit der die Studentenberatungsgruppe in den Abschnitten IV. 1.1, 2.1 und VI. 1. und 2. der vorliegenden Arbeit verglichen wurde. Die Polikliniksklientel unterscheidet sich in einigen Kennwerten deutlich von der der Studentenberatung. Diese dürften z.T. für die berichteten Unterschiede verantwortlich sein. Wichtiger sind aber unter den Befunden diejenigen, die trotz der abweichenden Grunddaten in Poliklinik und Studentenberatung übereinstimmen.

Die Daten entstammen 385 Erstinterviews aus dem Jahre 1968 und wurden in der gleichen Weise erhoben wie in der Studentenberatung. Die untersuchenden Therapeuten sind ebenfalls die gleichen wie in der Studentenberatung.

Die Polikliniksgruppe besteht zum größten Teil aus Kassenspatienten (72,5%). Es sind mehr Frauen (58,2%; PBS 35,6%) und mehr Verheiratete (55,8%; PBS 9,8%) unter ihnen.

Das Durchschnittsalter ist höher (32,5 Jahre; PBS 23,7). In der Altersgruppe der Studenten (20-29 Jahre) sind 35,1% der Polikliniksgruppe (PBS 88,5%), darunter (15-19 Jahre) 13,0%. Fast die Hälfte (42,6%) ist zwischen 30 und 49 Jahren alt, knapp 10,0% sind älter.

Oberschulabschluß haben 19,2%, Mittelschulabschluß 16,6%, Volksschulabschluß 62,1%.

3.2 Studentische Vergleichsgruppe

Die Befragung einer studentischen Vergleichsgruppe war nicht als repräsentative Erhebung angelegt. Die Probanden wurden nicht durch Zufallsauswahl, sondern nach einem Quotenverfahren durch Aushänge in Instituten, Seminaren und Kliniken der Gießener Universität gewonnen, die für eine "ca. 1/2 stündige Fragebogenuntersuchung" DM 5,-- als Vergütung in Aussicht stellten. Dies Verfahren erschien sinnvoll, um einerseits einigermaßen neutral motivierte Versuchspersonen zu bekommen, andererseits die Daten unter ähnlichen Modalitäten erheben zu können wie in der Studentenberatung. Die Fragebögen wurden in der - nahe der Mensa zentral gelegenen und daher gut erreichbaren - Psychosomatischen Klinik ausgefüllt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit und der zugesicherten Anonymität schied die bei der Art der Fragebögen ohnehin überflüssige Verwendung von Interviewern aus. Da primär der Einfluß der Faktoren Geschlecht, Studienabschnitt und Fakultät innerhalb der Untersuchungsgruppe interessierte, wurden entsprechende Quoten gebildet, die nach Geschlecht und Fakultät die Zusammensetzung der Gießener Universität simulierten, bezüglich des Studienabschnitts nur Studienanfänger (1. und 2. Semester) und Höhere Semester (7. und höher, in der AfE 5. und höher) zu etwa gleichen Anteilen enthielten. Es zeigte sich, daß dieses Verfahren bestimmte Fakultäten benachteiligte (die Landwirtschaftliche Fakultät und bei der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät die höheren Semester) und bei der Philosophischen Fakultät die Psychologiestudenten begünstigte. Wir führen dies auf den hohen Ausländeranteil in der erstgenannten Fakultät, auf den geringen Anteil an höheren Semestern in der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät überhaupt und auf die Vertrautheit von Psychologiestudenten mit Fragebogenuntersuchungen zurück.

Da gezielte Nacherhebungen den Befragungsmodus uneinheitlich gemacht hätten, wurde auf die Einbeziehung der Landwirtschaftlichen Fakultät und der Höheren Semester der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät verzichtet. Der Umfang der Stichprobe verringerte sich dadurch von den geplanten 200 auf 162 Personen. Sie ist wie folgt zusammengesetzt:

	Anfänger		Höhere Semester		
	m	w	m	w	
Rechts- und Wirtsch.	9	2	-	-	11
Medizin	6	2	6	2	16
Veterinärmed.	6	2	6	2	16
Philosoph. Fakultät	7	4	7	4	22
Naturwiss.	14	2	14	2	32
Abt. f. Erziehungsw.	13	22	11	19	65
	55	34	44	29	162

Für den Vergleich mit der Studentenberatung ist entscheidend, daß es sich um eine Gruppe nicht manifest behandlungsbedürftiger Gießener Studierender handelt.

4. Ergänzende Tabellen ¹⁾

Zu Kap. III. :Das soziale Bild der Beratungsgruppe

Tab. 29 : Zusammensetzung der PBS in den Jahren 1968 und 1969
nach Geschlecht, Semesterzahl und Fachgruppen in %.

	1968	1969	Fachgruppe	1968	1969
männl.	67,9	61,3	Medizin	6,7	9,8
weibl.	32,1	38,7	Veterinärmed.	5,2	2,9
			Rechtswissens.	9,7	9,2
N	134	173	Wirtschaftsw.	4,5	6,4
			Soz./Polit.	9,7	8,1
Sem.	1968	1969	Psychologie	10,4	9,2
1.-3.	34,3	37,0	Philos. (ohne Soz., Polit. und Ps.)	17,9	15,6
4.-6.	24,6	28,3	Naturwiss.	19,4	15,6
7.-9.	15,7	16,8	Abt. f. Erzieh.w.	14,9	18,8
10. u. höher	25,4	17,9	Landwirt.	0,7	5,8
			sonstige	0,7	0,6

Die Verteilungen für 1968 und 1969 unterscheiden sich nicht
signifikant (Geschlecht: $\chi^2 = 1,45$, df = 1; Semesterzahl: $\chi^2 = 2,57$,
df = 3; Fachgruppen: $\chi^2 = 9,12$, df = 9).

1) Nonparametrische Tests wurden nach von D. BECKMANN geschriebenen
Programmen für die OLIVETTI-Programma 101 gerechnet, ebenso
t-Tests, wenn nicht anders erwähnt. Für Häufigkeitsauszählungen
wurde das Programm HAUF des DRZ (von P. SCHNELL u. L. PÖCKER)
benutzt.

Tab. 30: Altersverteilung in der Beratungsgruppe (PBS) und der Hessischen Studentenschaft (1964/65) (SCHELLENBERG 1966) in %.

Alter	PBS	Hess. Stud.
18-19	4,9	4,0
20-21	25,5	25,2
22-23	25,2	28,8
24-25	17,6	23,2
26-27	13,4	10,2
28-29	6,8	4,3
30-31	3,6	1,6
32-35	2,3	1,4
36 u. älter	0,6	1,1
N	306	26568

Die Verteilungen unterscheiden sich signifikant ($p < 0.01$) ($\chi^2 = 23.73$, $df = 8$).

Tab. 31: Klassifikation der Berufe nach Einkommensgruppen.

1	Arbeitsloser	"untere Einkommensgruppe"
2	ungelernter Arbeiter	
	gelernter Arbeiter und Handwerker	
	Rentner	
3	Landwirt	"mittl. Einkommensgruppe"
	Angestellter	
	mittlerer Angestellter	
	Beamter	
	mittlerer Beamter	
	Gewerbetreibender	
	mittlere Betriebe	
	Berufssoldat	
	Künstler	
4	Leitender Angestellter	"obere Einkommensgruppe"
	Höherer Beamter	
	Freie akademische Berufe	
5	Großbetriebe	

Tab. 32: Semester-Verteilung in der PBS Gießen (1968/69) und in der Gießener Studentenschaft (Sommer-Semester 1969, Daten vom Universitätssekretariat) in %.

Semester	PBS	Universität Gießen
1. - 2.	25,2	31,1
3. - 4.	18,7	24,2
5. - 6.	18,7	20,7
7. - 8.	11,5	10,1
9. - 10.	11,1	6,3
11. - 12.	5,9	4,4
13. - 14.	4,6	2,0
15. u. höher	4,3	1,3
N	307	7652

Die Verteilungen unterscheiden sich signifikant ($p < 0.001$) ($\chi^2 = 66,7$, $df = 7$).

Zu Kap. IV.: Befunde und Beschwerden in der Beratungsgruppe

Tab. 33: Signifikante Korrelationen der Items des Motivationsfragebogens (MFB) mit denen des Gießener Persönlichkeits-Inventars (GPI), des Arbeitsfragebogens (AFB) und des Universitätsfragebogens (UFB), sowie Interkorrelationen der MFB-Items.

N = 69. Signifikanzgrenzen: $r = .233$ ($p < 0.05$),
 $r = .302$ ($p < 0.01$).

MFB-Item Nr.	GPI	AFB	UFB	MFB
1	37 (-.27) 35 (.24)	2 (.25)	14 (-.25) 8 (.24)	3 (.34) 9 (-.28)
2	11 (-.25)			8 (-.43) 5 (-.28) 7 (.27)
3	25 (.26) 31 (.25)		7 (-.27)	1 (.34) 11 (-.28)
4	14 (.43) 15 (.27) 5 (.38) 4 (-.26) 11 (.29) 29 (.25)	10 (-.32)		5 (.30) 7 (.25)
5	21 (-.39) 3 (.27) 9 (.34) 17 (-.24)	3 (.37) 12 (-.25) 8 (.24)	11 (-.26)	4 (.30) 2 (-.28)
6	23 (.34) 10 (-.29) 9 (-.33) 22 (-.29) 6 (.31) 39 (.27) 18 (-.31) 37 (.26) 17 (.30)	11 (-.27)	2 (-.25) 5 (.24)	12 (.33) 14 (-.25)
7	31 (-.26) 15 (.25)	4 (-.26)	7 (.37) 1 (.30) 4 (-.26) 11 (-.25) 12 (-.25)	2 (.27) 4 (.25)
8	38 (-.30) 20 (-.25) 8 (-.29) 10 (-.24) 37 (.26) 29 (-.24) 14 (-.25)		10 (-.38) 5 (.32) 4 (.29) 6 (.26)	10 (-.56) 2 (-.43) 13 (-.27)
9	9 (.39) 23 (-.27) 22 (.31) 30 (.27) 38 (.29) 17 (-.25)	11 (.32) 6 (-.28) 10 (-.26) 8 (.25)	9 (.30) 7 (.27)	1 (-.28)

Tab. 33 (Fortsetzung):

MFB-Item Nr.	GPI	AFB	UFB	MFB
10	10 (.41) 40 (.32) 23 (-.35) 37 (-.30) 25 (-.35) 39 (-.30) 30 (.35) 34 (.29) 15 (.32) 19 (.28) 20 (.32) 16 (-.24)		3 (.36) 4 (-.35) 6 (-.29) 10 (.26) 7 (.24)	8 (-.56) 13 (.36)
11	4 (-.24)	9 (.25)	11 (.28) 4 (.24)	3 (-.28)
12	8 (-.26) 38 (-.24)	11 (-.47)	12 (-.31)	6 (.33)
13	39 (-.48) 13 (-.30) 40 (-.47) 19 (-.30) 15 (.44) 5 (.27) 25 (-.44) 11 (.27) 14 (-.41) 18 (.27) 37 (-.40) 38 (.27) 23 (-.39) 10 (.25) 20 (.33) 16 (-.25)	3 (.27) 13 (.27) 7 (.25)		10 (.36) 8 (-.27)
14	8 (.39) 23 (-.31) 3 (.36) 9 (.27) 31 (-.34) 10 (.24)	13 (.24)	2 (.24)	6 (-.25)

Tab. 34: Diagnose der Charakterstrukturen in PBS und Psychosomatischer Poliklinik in %.

	PBS	Poliklinik	
depressiver Ch.	52,7	60,6	+
passiver Ch.	34,2	36,0	
phallisch-narzißt. Ch.	26,2	14,9	++
phobischer Ch.	25,8	28,2	
hysterischer Ch.	24,5	29,2	
Zwangs.	22,5	26,7	
schizoider Ch.	13,8	8,4	+
masochistischer Ch.	11,4	14,1	
soziopathischer Ch.	8,1	18,5	++
paranoider Ch.	7,7	11,5	
N	298	383	

Signifikante Unterschiede der Häufigkeiten in PBS und Poliklinik (χ^2 - Tests) sind gekennzeichnet durch + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$).

Tab. 35: GPI-Mittelwertsprofile für PBS, Studentische Vergleichsgruppe (SVG) und Psychosomatische Poliklinik (PPK)¹⁾ bei Bewertung der Antwortalternativen mit 1-7 von links nach rechts.

Nr.	PBS	SVG	PPK
1	3,54	4,14 +++	3,36
2	3,70	2,96 +++	3,91
3	3,87	3,22 +++	3,77
4	3,14	3,95 +++	3,19
5	6,08	5,51 +++	5,83 +
6	3,29	3,98 ++	3,41
7	3,55	3,65	4,11 +++
8	4,52	3,22 +++	4,61
9	3,97	3,56 ++	3,18 +++
10	3,99	3,43 +++	4,00
11	4,07	3,99	4,35
12	5,17	5,20	4,63 +++
13	3,75	3,58	3,40 +
14	5,51	3,95 +++	5,36
15	4,32	4,35	4,51
16	4,06	4,48 ++	4,05
17	4,19	3,89	4,09
18	4,28	4,20	4,49
19	4,71	4,32 +	4,96
20	3,71	3,59	3,86
21	3,55	3,54	4,23 +++
22	4,31	4,46	4,42
23	3,59	4,58 +++	3,75
24	3,42	4,24 +++	3,23
25	3,29	4,32 +++	3,53
26	3,10	3,12	3,38 +
27	4,55	4,48	4,57
28	4,02	4,65 +++	4,40 ++
29	5,07	3,94 +++	4,79 +
30	2,96	2,51 ++	3,30 +
31	4,23	4,37	3,83 ++
32	4,68	4,79	5,06 ++
33	3,31	4,46 +++	3,70 ++
34	3,32	2,65 +++	3,82 +++
35	4,03	3,93	4,46 ++
36	3,93	3,29 +++	3,86
37	4,03	4,43 ++	3,87
38	4,63	4,20 ++	4,13 +++
39	3,71	4,69 +++	3,80
40	4,23	3,03 +++	4,04
N	298	162	235

Signifikante Mittelwertsdifferenzen (t-Tests) gegenüber der PBS-Gruppe sind gekennzeichnet durch + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$) oder +++ ($p < 0.001$).

1) Diese Stichprobe ist nicht identisch mit der im Anhang (IX.3.1) beschrieben und in den Abschnitten über die Therapeutenurteile hinsichtlich Störungsbereich, Charakterdiagnosen, Therapievor-schlag und Prognose herangezogenen Stichprobe..

Tab. 36 : Beschwerdedruckwerte (Anzahl der individuellen Leitbeschwerden) in der PBS in %.

Anzahl der Leitbeschwerden	0-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-17	≥18
% der PBS:	31,2	24,9	15,6	10,3	5,7	7,1	5,2

Tab. 37 : Faktorenanalyse (Typ R) des Arbeitsfragebogens.

Die Faktorenanalyse wurde benutzt, um die Dimensionalität des Fragebogens zu klären und die Interpretation der Einzelbefunde zu erleichtern. Der Berechnung liegen die Angaben der Studentischen Vergleichsgruppe zugrunde (N=162).

Programm: PAFA des DRZ von P. SCHNELL

Kommunalitätenschätzung: Quadrat der multiplen Korrelationskoeff.

Bei 5 extrahierten Faktoren:

Mittl. Kommunalität: 0,482 Höchste Komm.: 0,634 (Nr. 8)

Streuung d. Kommun.: 0,099 Niedrig.Komm.: 0,261 (Nr.15)

Varianz-Prozent kumulativ: Anzahl d. Faktoren: 1 3 5

(5 extrahierte Faktoren) % : 32,9 63,0 77,8

Varimax Rotation. Die 3-Faktorenlösung erschien nach Zahl der erklärten Variablen und der Itemüberlappungen als die günstigste. Die folgende Tabelle enthält die Items mit Ladungen vom Betrag über .40. 13 der 15 Items wurden zugeordnet, eine Itemüberlappung (Nr. 11).

Faktor	I	II	III
Item-Nr. und Ladung	13 (.67) 3 (.64) 5 (-.62) 1 (.52) 7 (.51)	8 (.72) 10 (-.63) 2 (.58) 6 (-.42) 11 (.41)	9 (.64) 12 (.63) 11 (-.49) 4 (.46)
% d. Varianz	35,8	33,6	30,6

Tab. 38: Arbeitsfragebogen. Mittelwertsprofile für PBS und Studentische Vergleichsgruppe (SVG).

Item-Nr.	PBS	SVG	
1	4,39	3,62	+++
2	3,90	3,94	
3	5,51	4,93	+++
4	4,31	4,61	
5	3,11	3,93	+++
6	3,12	4,32	+++
7	4,59	3,99	+++
8	5,42	5,07	+
9	3,59	4,30	+++
10	3,15	3,32	
11	4,18	3,33	+++
12	3,50	3,85	+
13	5,11	4,26	+++
14	3,77	4,17	+
15	2,71	3,18	++
N	266	162	

Signifikante Mittelwertsdifferenzen (t-Tests): +(p < 0.05), ++ (p < 0.01), +++ (p < 0.001).

Tab. 39: Faktorenanalyse (Typ R) von GPI, Arbeits- und Universitätsfragebogen

a) PBS

Variable: 40 GPI-Items, 15 Items des Arbeitsfragebogens, 14 Items des Universitätsfragebogens

Von: Studierende der Beratungsstelle (N=260)

Programm: PAFA des DRZ von P.SCHNELL

Kommunalitätenschätzung: Quadrat d. multiplen Korrelationskoeff.

Bei 10 extrahierten Faktoren:

Mittlere Kommunalität: 0,419 Höchste Komm.: 0,663 (GPI-Nr.15)

Streuung d. Kommunalit.: 0,127 Niedr. Komm.: 0,118 (UFB-Nr.10)

Varianz-Prozent kumulativ: (10 extrahierte Faktoren)

Anzahl d. Faktoren: 1 3 5 6 8 10

% 14,4 30,3 39,9 43,9 50,2 54,9

Varimax-Rotation. Die 6-Faktorenlösung erwies sich hinsichtlich der Zahl der erfaßten Items und der Itemüberlappungen als günstigste. Die folgende Tabelle enthält die Items mit Ladungen im Betrag über .40, getrennt nach den einbezogenen Fragebögen. 49 Items wurden zugeordnet, eine Überlappung (GPI-Nr.19).

Faktor	I	II	III	IV	V	VI
GPI-Nr. und Ladung	37(.66) 23(.64) 16(.57) 25(.54) 35(-.51) 40(-.49) 36(-.45) 19(-.45) 3(-.44) 33(.44) 39(.42)	22(.63) 1(.57) 31(-.54) 6(-.54) 7(.40)	30(.63) 15(.56) 11(.55) 34(.50) 32(-.49) 10(.47) 12(-.44) 19(.41)	14(.61) 29(.51) 5(.43)	9(.48) 38(.44) 24(.40)	
AFB-Nr. und Ladung				7(.61) 3(.61) 12(-.55) 13(.48)	8(.63) 10(-.63) 2(.56) 11(.52) 6(-.48) 15(-.48)	
UFB-Nr. und Ladung				5(-.45)	9(.41)	13(.75) 6(-.72) 4(-.66) 3(.66) 11(-.61) 7(.59) 2(.52) 12(-.41)
% der Varianz	19,7	12,0	13,8	19,3	17,8	17,4

Benennung der Faktoren: (vgl. Kap. IV. 4.31 und 4.32)

- I. Psychosoziales Selbstvertrauen bzw. psychosoziales Minderwertigkeitsgefühl.
- II. Expansiv-dominante bzw. passiv-fügsame Haltung.
- III. Offenheit und Zuwendung im Kontakt bzw. mißtrauisch-paranoide Einstellung.
- IV. Arbeits- und Selbstunsicherheit.
- V. Besetzung der Arbeit (große bzw. geringe Motivation und Stetigkeit).
- VI. Universitätseinstellung.

b) Studentische Vergleichsgruppe

Variable: 40 GPI-Items, 15 Items des Arbeitsfragebogens, 14 Items
des Universitätsfragebogens

Vpn: N=162 Studierende (s. Kap. IX. 3.)

Programm: PAFA des DRZ von P. SCHNELL

Kommunalitätenschätzung: Quadrat des multiplen Korrelationskoeff.

Bei 10 extrahierten Faktoren:

Mittlere Kommunalität: 0,472 Höchste Komm.: 0,731 (GPI-Nr. 19)

Streuung d. Kommunalit.: 0,110 Niedr. Komm.: 0,219 (UFB-Nr. 1)

Varianz-Prozent kumulativ:

(10 extrahierte Faktoren)

Anzahl der Faktoren:	1	3	5	6	8	10
%	12,8	29,2	39,4	42,8	48,6	54,0

Varimax-Rotation. Analog zur Analyse der PBS-Daten wurde die
6-Faktoren-Lösung gewählt. Zuordnung der Items zu den Fak-
toren bei Ladungen mit Betrag $>.40$. Zugeordnet 53 Items,
eine Überlappung (GPI - Nr. 25). Die folgende Tabelle enthält
die entsprechenden Items, getrennt nach den einbezogenen
Fragebögen.

Faktor	I	II	III	IV	V	VI
GPI-Nr. und Ladung	19(-.80) 39(.64) 2(-.61) 35(-.59) 37(.58) 15(-.53) 25(.51) 6(.50) 16(.48) 40(-.42)	22(.53) 31(-.50) 1(.49) 10(-.45) 25(.43)	30(.70) 12(-.53) 34(.48) 11(.42) 27(-.42)	14(.64) 29(.60) 33(-.55) 8(.52) 3(.42) 5(.40)	21(-.62) 24(.58) 38(.51) 7(.49) 18(-.44) 9(.43) 13(.43)	32(.50)
AFB-Nr. und Ladung				13(.68) 3(.66) 7(.55) 5(-.55) 12(-.52) 4(-.40)	2(.65) 8(.62) 10(-.58) 6(-.44) 11(.41)	
UFB-Nr. und Ladung			10(.42)	5(-.43)		13(.67) 7(.59) 6(-.57) 11(-.57) 4(-.55) 2(.54) 3(.51)
% der Varianz	19,0	11,3	11,4	22,9	17,6	17,8

Tab. 40: Universitätsfragebogen. Mittelwertsprofile für PBS und Studentische Vergleichsgruppe (SVG).

Item-Nr.	PBS	SVG	
1	4,16	4,60	+
2	4,29	4,18	
3	4,60	4,73	
4	2,45	2,25	
5	3,31	4,29	+++
6	4,05	4,07	
7	4,56	4,18	++
8	4,76	4,37	+
9	4,17	3,96	
10	3,86	2,70	+++
11	2,25	2,37	
12	4,28	4,41	
13	4,86	4,97	
14	3,89	3,88	
N	280	162	

Signifikante Mittelwertsdifferenzen (t-Test): + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$), +++ ($p < 0.001$).

Tab. 41: Faktorenanalyse (Typ R) von Arbeits- und Universitätsfragebogen

Zur genaueren Abklärung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsverhalten und Einstellung zu Hochschulfragen wurde zusätzlich zu der in Tab. 39 (Anhang) referierten Faktorenanalyse eine ~~R~~-Analyse gerechnet, in die nur die Items des Arbeits- und des Universitätsfragebogens eingingen. In der sich als günstig erweisenden 5-Faktoren-Lösung spaltete sich der "Universitätsfaktor" der genannten Analyse weiter auf. Für PBS und Studentische Vergleichsgruppe (SVG) wurden getrennte Berechnungen vorgenommen.

b) Studentische Vergleichsgruppe

Variable: 29

Pbn: 162

Programm: PAFA des DRZ von P. SCHNELL

Kommunalitätenschätzung: größter Zeilenkoeffizient.

Bei 6 extrahierten Faktoren:

Mittlere Kommunalität: 0,376 Höchste Komm.: 0,613 (UFB-Nr. 7)

Streuung der Komm. : 0,120 Niedr. Komm. : 0,159 (UFB-Nr.14)

Varianz-Prozent kumulativ:	Anzahl d. Faktoren:	1	3	5	7	
	%	: 28,3 66,3 80,4 90,1				

Varimax-Rotation. Gewählt wurde die 5-Faktorenlösung. Die folgende Tabelle enthält die Items mit Ladungen vom Betrag über .40, getrennt nach den beiden Fragebögen. In dieser Weise zugeordnet: 22 Items, zwei Überlappungen (AFB-Nr. 7 und 11).

Faktor	I	II	III	IV	V
AFB-Nr. und Ladung	3(.64) 13(.59) 5(-.53) 7(.45) 14(-.42)	8(.68) 10(-.66) 2(.51) 6(-.43) 11(.43)	12(.58) 9(.42) 4(.42) 7(-.41) 11(-.40)		
UFB-Nr. und Ladung			5(.47)	4(.68) 13(-.65) 11(.65) 3(-.42) 6(.41)	7(.73) 2(.67) 9(.46)
% der Varianz	19,5	20,5	19,3	22,0	18,7

Zu Kap. V.: Besonderheiten der Geschlechter, Studienphasen und Fachgruppen.

Tab. 42: Altersverteilung für männliche und weibliche Studierende in den PBS Gießen und Frankfurt in % (HÖRNIG u.a. 1970).

Alter	Gießen		Frankfurt	
	PBS m	w	PBS m	w
18-19	3,5	7,3	7	8
20-21	23,9	28,5	20	26
22-23	22,9	29,4	18	25
24-25	19,3	14,7	20	19
26-27	14,2	11,9	17	9
28-29	7,6	5,6	7	2
30-31	5,1	0,9	}	7
32 u. älter	3,5	1,8		
k.A.				
			1	4
N	197	109	166	138

Die Verteilungen für männliche und weibliche Studierende unterscheiden sich in dieser Einteilung nicht signifikant. Bei Zusammenfassung der 18 - 23 jährigen einerseits, der 24 jährigen und Älteren andererseits aber gilt für die Gießener PBS:

$$\chi^2 = 6.61, \text{ df} = 1, p < 0,05.$$

Tab. 43: Semesterverteilung bei männlichen und weiblichen Studierenden in PBS (1968/69) und Universität Gießen (Sommersemester 1969, Daten vom Universitätssekretariat) in %.

Sem.zahl	PBS		Univers. Gießen	
	m	w	m	w
1 - 2	28,4	19,4	31,2	30,8
3 - 4	14,7	25,9	23,6	25,6
5 - 6	16,7	22,3	17,3	27,3
7 - 8	12,6	9,3	10,9	8,4
9 - 10	10,7	12,1	7,3	4,3
11 - 12	6,1	5,6	5,3	2,6
13 - 14	5,0	3,7	2,5	0,8
15 u. höher	5,5	1,9	1,8	0,3
N	197	103	5101	2552

Tab. 44: Diagnose der Charakterstrukturen bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS (Häufigkeit in %).

	m	w
schizoider Ch.	17,2	7,5 +
paranoider Ch.	6,7	9,4
depressiver Ch.	46,4	64,1 ++
Zwangsch.	29,6	9,4 +++
phobischer Ch.	22,3	32,1
passiver Ch.	48,9	7,5 +++
masochistischer Ch.	9,4	15,1
phall.-narzißt. Ch.	35,4	9,4 +++
hysterischer Ch.	4,7	60,3 +++
soziopath. Ch.	7,8	8,5
N	192	106

Signifikante Geschlechtsunterschiede sind gekennzeichnet:
 + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$) und +++ ($p < 0.001$) (χ^2 - Tests).

Tab. 45: GPI-Mittelwertsprofile männlicher und weiblicher Studierender in PBS und Vergleichsgruppe (SVG).

Nr.	PBS		SVG	
	m	w	m	w
1	3.53	3.56	4.22	4.00
2	3.89	3.36 +	2.94	3.00
3	3.73	4.10	3.17	3.29
4	3.35	2.77 ++	4.24	3.49 ++
5	6.01	6.22	5.45	5.59
6	3.07	3.67 ++	3.95	4.03
7	3.49	3.66	3.66	3.63
8	4.42	4.70	3.10	3.40
9	4.03	3.85	3.66	3.40
10	4.07	3.86	3.45	3.40
11	4.31	3.64 ++	4.18	3.70 +
12	5.05	5.39	5.04	5.44 +
13	3.65	3.92	3.64	3.49
14	5.40	5.69	3.76	4.25 +
15	4.46	4.06	4.43	4.22
16	3.96	4.25	4.39	4.62
17	4.18	4.21	3.95	3.79
18	4.41	4.04	4.18	4.22
19	4.94	4.30 ++	4.35	4.25
20	3.80	3.55	3.75	3.33 +
21	3.78	3.16 ++	3.62	3.41
22	4.43	4.09	4.54	4.33
23	3.62	3.54	4.59	4.57
24	3.47	3.35	4.23	4.25
25	3.22	3.42	4.24	4.44
26	3.16	3.00	3.24	2.94
27	4.30	5.00 +++	4.00	5.22 +++
28	3.94	4.18	4.60	4.75
29	5.02	5.17	3.74	4.25 ++
30	3.06	2.79	2.64	2.30
31	4.19	4.28	4.44	4.25
32	4.48	5.02 ++	4.58	5.13 ++
33	3.24	3.42	4.34	4.65
34	3.47	3.05 +	2.73	2.54
35	4.11	3.88	4.01	3.79
36	4.13	3.58 ++	3.42	3.08 +
37	3.81	4.42 +++	4.18	4.81 +++
38	4.56	4.77	4.27	4.10
39	3.55	3.98	4.51	4.97 +
40	4.63	3.52 +++	3.25	2.67 ++
N	191	107	99	63

Signifikante Mittelwertsdifferenzen (t-Tests) zwischen den Geschlechtern: + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$) und +++ ($p < 0.001$).

Tab. 46: Arbeitsfragebogen. Mittelwertsprofile für männliche und weibliche Studierende in PBS und Vergleichsgruppe (SVG).

Nr.	PBS		SVG	
	m	w	m	w
1	4.40	4.38	3.65	3.57
2	3.76	4.14	3.96	3.92
3	5.46	5.61	4.80	5.14 +
4	4.44	4.07	4.73	4.43
5	3.13	3.07	4.08	3.70
6	3.12	3.12	4.23	4.46
7	4.49	4.77	3.84	4.22
8	5.23	5.77 ++	5.12	4.98
9	3.68	3.43	4.45	4.05 +
10	3.22	3.01	3.21	3.49
11	4.25	4.06	3.34	3.32
12	3.57	3.38	4.00	3.62 +
13	4.99	5.33	4.09	4.52 +
14	3.77	3.78	4.09	4.29
15	2.80	2.56	3.38	2.86 ++
N	171	95	99	63

Signifikante Mittelwertsdifferenzen (t-Tests) zwischen den Geschlechtern: + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$) und +++ ($p < 0.001$).

Tab. 47: Universitätsfragebogen. Mittelwertsprofile für männliche und weibliche Studierende in PBS und Stud.Ver- gleichsgruppe (SVG).

Nr.	PBS		SVG	
	m	w	m	w
1	4.02	4.42	4.69	4.48
2	4.21	4.42	4.27	4.03
3	4.67	4.48	4.74	4.73
4	2.52	2.33	2.30	2.16
5	3.47	3.00 +	4.44	4.05 +
6	4.09	3.97	3.89	4.37
7	4.52	4.64	4.30	3.98
8	4.58	5.08 +	4.30	4.48
9	3.97	4.53 ++	3.90	4.05
10	3.99	3.62	2.92	2.37 +
11	2.40	1.99 +	2.55	2.11
12	4.27	4.30	4.17	4.78 +++
13	4.78	5.01	4.99	4.94
14	3.87	3.91	3.88	3.89
N	182	98	99	63

Signifikante Mittelwertsdifferenzen (t-Tests) zwischen den Geschlechtern: + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$) und +++ ($p < 0.001$).

Tab. 48: Anteile der Fachgruppen an den drei Studienphasen
in der PBS in %.

	Anfänger (1.-3.Sem)	Mittlere Sem. (4.-7. Sem)	Höhere Sem. (8. und höher)
Medizin	5,5	9,3	10,2
Veterinärmed.	3,7	3,7	3,4
Rechtswiss.	11,0	9,3	6,8
Wirtschaftsw.	8,3	3,7	4,5
Soziologie/Pol.	4,6	10,2	12,5
Psychologie	14,7	9,3	4,5
Philosophie (ohne Soz./Pol. und Ps.)	15,6	12,1	18,2
Naturwissens.	13,8	14,8	26,1
Abt. f. Erzieh.w.	16,5	23,1	6,8
Landwirtschaft	4,6	0,9	5,7
andere	1,8	-	1,1
N	107	108	87

Tab. 49: Gießener Persönlichkeits-Inventar. Signifikante Effekte der Studienphasen in PBS (einfache Varianzanalyse) und Studentischer Vergleichsgruppe (SVG).

Item-Nr.	PBS				SVG		
	Anfäng.	Mittl.Sem.	Höh.Sem.	F-Test	Anfäng.	Höh.Sem.	t-Test
1	3.21	3.57	3.91	+			
2	3.96	3.19	4.06	++			
12	5.14	5.55	4.72	++			
15	4.15	4.05	4.85	++			
17	4.37	3.83	4.43	+			
20					3.78	3.36	++
22	4.04	4.28	4.67	+			
25	2.98	3.58	3.31	+	4.15	4.53	+
26					3.32	2.89	+
31	4.49	4.33	3.78	++			
38	4.93	4.44	4.50	+	4.39	3.97	+
40	4.34	3.87	4.54	+			
N	104	107	86		89	73	

Es wurden für die PBS nur solche Items berücksichtigt, bei denen der F-Test signifikant wurde (+: $p < 0.05$), (+: $p < 0.01$); für die SVG solche mit signifikanten Mittelwertsdifferenzen zwischen Anfängern und Höheren Semestern (t-Tests).

Zwischen den Gruppen der PBS wurden folgende Unterschiede signifikant (t-Test) (nur Items, bei denen F signifikant war):

A - H: 1 (++), 15 (++), 22 (++), 31 (++)

M - A: 2 (++), 17 (+), 25 (++), 38 (+)

M - H: 2 (++), 12 (++), 15 (++), 17 (+), 31 (+), 40 (++)

Die Berechnungen wurden im DRZ Darmstadt mit dem Programm PAMV von F. GEBHARDT vorgenommen.

Tab.50: Arbeitsfragebogen. Signifikante Effekte der Studienphasen in PBS (einfache Varianzanalyse) und Studentischer Vergleichsgruppe (SVG).

Item Nr.	PBS				SVG		
	Anfäng.	Mitt.Sem.	Höh.Sem.	F-Test	Anfäng.	Höh.Sem.	t-Test
1					3.84	3.34	+
5					3.72	4.20	++
6					4.17	4.51	+
7					3.80	4.23	+
11					3.49	3.14	+
13					4.47	4.00	++
N	96	94	75		89	73	

Für die PBS ergaben sich keine signifikanten F- und t-Tests, die signifikanten t-Tests für Mittelwertsdifferenzen in der SVG sind mit + ($p < 0.05$) oder ++ ($p < 0.01$) gekennzeichnet.

Programm: DRZ-PAMV von F. GEBHARDT.

Tab.51: Universitätsfragebogen. Signifikante Effekte der Studienphasen in PBS (einfache Varianzanalyse) und Studentischer Vergleichsgruppe (SVG).

Item Nr.	PBS				SVG		
	Anfäng.	Mitt.Sem.	Höh.Sem.	F-Test	Anfäng.	Höh.Sem.	t-Test
2					3.89	4.53	+++
7	4.23	4.58	4.93	++	3.90	4.52	+++
13					4.75	5.23	++
	99	98	82		89	73	

Für die PBS wurden nur Items berücksichtigt, bei den der F-Test signifikant wurde, für die SVG solche mit signifikanten Mittelwertsdifferenzen (t-Tests): + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$), +++ ($p < 0.001$). (Zusätzlich ist in PBS (wie in SVG) die Differenz A-H bei Item Nr. 2 signifikant (4.03 bzw. 4.44; $p < 0.05$)).

Programm: DRZ - PAMV von F. GEBHARDT.

Tab. 52: Anteil der Studierenden aus Höheren Semestern (8. und höher) in den Fachgruppen in PBS und Universität Gießen (1969) in %.

	PBS	Univ.-Gießen
Landwirtschaft	45	28
Naturwissenschaft	43	32
Soziologie/Politik.	41	36
Medizin	36	35
Philosophie (ohne Soz./Pol. u. Ps)	32	31
Veterinärmedizin	27	22
Wirtschaftswissens.	24	9
Rechtswissenschaft	21	10
Psychologie	13	15
Abt. f. Erziehungs.	12	2

Wegen der z. Teil geringen Fallzahl sind die Prozentangaben für die Fachgruppen in der PBS mit besonders großer Unsicherheit behaftet. Sie haben nur Anhaltswert.

Tab. 53: Gießener Persönlichkeits-Inventar. Signifikante Effekte der Fachzugehörigkeit in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe (SVG) (einfache Varianzanalysen).

Item Nr.	PBS										SVG										F-Test	
	Med.	Vet.	Re.	Wi.	SoPo	Psy.	Phil	Nat.	AfE.	Iand	Test	Med.	Vet.	ReWi	Phil	Nat.	AfE.	Test				
7	3.68	4.60	3.58	4.29	<u>2.96</u>	3.07	3.40	3.15	3.98	4.70	++	3.94	3.69	3.64	4.14	4.81	3.69	+				
9	3.52	4.60	4.42	4.24	4.00	4.28	<u>3.36</u>	4.06	4.00	4.50	+	5.13	5.31	5.82	5.14	<u>4.50</u>	5.45	+				
11												3.38	<u>4.44</u>	3.56	<u>4.82</u>	<u>3.22</u>	<u>3.22</u>	++				
12												3.50	3.44	4.73	4.00	3.59	3.31	+				
13	3.68	4.20	3.73	2.94	4.57	4.41	3.86	<u>3.30</u>	3.62	3.00	++	3.63	<u>2.44</u>	<u>3.46</u>	3.18	3.66	3.86	+				
18	<u>5.20</u>	4.10	4.65	<u>3.82</u>	<u>3.61</u>	<u>3.62</u>	4.20	4.49	4.51	3.90	++	4.13	4.69	4.27	4.32	<u>3.56</u>	<u>5.05</u>	++				
20												2.94	3.06	2.64	2.27	<u>2.88</u>	<u>2.14</u>	+				
21												4.44	5.13	5.18	5.05	<u>4.13</u>	4.97	+				
27												2.69	3.06	<u>4.00</u>	2.68	<u>3.91</u>	<u>2.62</u>	++				
30												16	16	11	22	32	65					
32																						
40																						
N	25	10	26	17	28	29	50	53	47	10												

Es wurden nur Items aufgeführt, für die die F-Tests signifikant wurden (bezeichnet mit + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$)). Um abschätzen zu können, welche Fachgruppe(n) für die Effekte verantwortlich sein können, wurde nach der Formel $t = \frac{\bar{M} - \mu}{\frac{\sigma}{\sqrt{N}}}$ für jede Gruppe die Differenz zwischen ihrem Mittelwert

und dem Gesamtmittel berechnet, die zu überschreiten war, um ein auf dem 5 %-Niveau signifikantes Resultat zu liefern. Als Schätzung für σ wurde die mittlere Streuung der 40 GPI-Items in der Gesamtgruppe benutzt (1,65). Die in dieser Weise ermittelten Gruppen sind durch Unterstreichen der entsprechenden Werte gekennzeichnet.

Programm: DRZ-PAMV von F. GEBHARDT.

Tab. 54: Arbeitsfragebogen. Signifikante Effekte der Fachzugehörigkeit in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe (SVG) (einfache Varianzanalyse).

Item-Nr.	PBS										F-Test
	Med.	Vet.	Recht.	Wirt.	So.Po.	Psy.	Phil.	Nat.	Afl.	Land	
2	3.70	4.60	4.26	4.50	4.04	4.19	3.59	<u>3.02</u>	4.29	4.10	++
6	3.61	3.30	<u>2.13</u>	3.06	3.00	3.37	3.07	<u>3.57</u>	2.79	3.40	++
8	<u>4.61</u>	5.10	5.44	5.19	5.52	<u>6.11</u>	5.61	5.09	<u>6.05</u>	<u>4.00</u>	++
10	3.70	3.60	2.57	3.31	3.07	2.59	2.88	<u>3.73</u>	2.88	3.80	+
11	3.70	4.50	<u>5.30</u>	<u>5.00</u>	3.82	4.19	<u>3.46</u>	3.96	4.57	4.50	++
N	23	10	23	16	27	27	41	44	42	10	

Es wurden nur Items aufgeführt, für die die F-Tests signifikant waren (bezeichnet mit + ($p < 0.05$), ++ ($p < 0.01$)). In der SVG war das bei keinem Item der Fall. Zur Ermittlung der abweichenden Fachgruppen (in der Tabelle unterstrichen) vgl. Tabelle 53.

Programm: DRZ-PAMV von F. GEBHARDT.

Tab. 55: Universitätsfragebogen. Signifikante Effekte der Fachgruppenzugehörigkeit in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe (SVG) (einfache Varianzanalyse).

Item Nr.	PBS					F-					SVG					F- Test		
	Med.	Vet.	Re.	Wi.	SoPo	Psy.	Phil	Nat.	AfE.	Land	Test	Med.	Vet.	ReWi	Phil		Nat.	AfE.
3	4.75	<u>3.00</u>	4.17	5.06	<u>5.64</u>	4.82	4.60	4.56	<u>4.10</u>	4.90	++							
4	2.96	<u>3.90</u>	2.46	2.18	<u>1.54</u>	2.37	2.20	2.58	2.48	3.10	++							
6	4.38	<u>5.10</u>	3.96	4.18	<u>1.82</u>	4.04	4.22	4.42	4.38	4.20	++							
8	<u>3.96</u>	<u>3.30</u>	4.50	5.06	5.18	5.19	4.84	4.68	<u>5.38</u>	<u>3.80</u>	++							
10	3.63	3.20	4.17	3.88	<u>5.00</u>	3.89	3.71	3.88	<u>3.17</u>	4.30	+							
11	2.50	<u>3.30</u>	2.38	2.77	<u>1.07</u>	1.93	1.98	<u>2.88</u>	2.05	2.70	++							
12																		
13	4.58	4.50	4.63	4.88	<u>6.00</u>	4.82	4.80	4.68	4.83	4.80	++							
N	24	10	24	17	28	27	45	50	42	10		16	16	11	22	32	65	

Es wurden nur Items aufgeführt, für die die F-Tests signifikant wurden: + ($p < 0.05$) oder ++ ($p < 0.01$). Zur Ermittlung der abweichenden Fachgruppen (in der Tabelle unterstrichen) vgl. Tabelle 53.

Programm: DRZ-PAMV von F. GEBHARDT.

5. Verzeichnisse

5.1 Tabellenverzeichnis (nach Sachgebieten geordnet)

<u>Nr.</u>	<u>Soziale und persönliche Daten</u>	<u>Seite</u>
1.	Geschlechtsverteilung in PBS und Univ. Gießen	15
30.	Altersverteilung in PBS und Hess. Studentenschaft	179
2.	Altersstufen in den PBS Gießen und Frankfurt	17
3.	Konfession in PBS und Univ. Gießen	18
4.	Geschwisterzahl in PBS und Westdeutscher Stud.schaft	21
29.	Zusammensetzung der PBS nach Geschlecht, Semesterzahl und Fachgruppen 1968 und 1969	178
31.	Berufsklassifikation	179
	<u>Studiendaten</u>	
5.	Anteil der Fakultäten an PBS (nur Gießener Studierende) und Univ. Gießen 1967 - 1969	22
6.	Untergruppen der Phil. und Rechts- und Wirtschaftswiss. Fakultät an PBS (nur Gießener Studierende) und Univ. Gießen	23
7.	Anteil der Fachgruppen an den auswärtigen Studierenden in der PBS	25
21.	Anteil der zehn Fachgruppen an der PBS (alle Studierende)	106
32.	Semesterverteilung in PBS und Univ. Gießen	180
8.	Anteil der Studienphasen in den PBS Gießen und Frankfurt	27
	<u>Motivation zur Beratung</u>	
9.	Problembereiche nach Therapeutenurteil in PBS und Poliklinik	30
10.	Problembereiche nach Angaben der Studierenden	32
33.	Korrelationen zwischen Motivationsfragebogen und anderen Merkmalen	181
	<u>Persönlichkeitsbild</u>	
34.	Diagnose der Charakterstrukturen in PBS und Poliklinik	182
35.	GPI-Mittelwertsprofile für PBS, Poliklinik und Studentische Vergleichsgruppe	183

<u>Nr.</u>		<u>Seite</u>
	<u>Körperbeschwerden</u>	
11.	Leitbeschwerden in der PBS	55
12.	Leitbeschwerden in der Poliklinik	57
36.	Beschwerdedruckwerte in der PBS	184
	<u>Arbeitsverhalten</u>	
37.	Faktorenanalyse des Arbeitsfragebogens	184
38.	Arbeitsfragebogen-Mittelwertsprofile in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	185
39.	Faktorenanalyse von GPI, Arbeits- und Universitätsfragebogen	185
	<u>Einstellung zur Universität</u>	
40.	Universitätsfragebogen-Mittelwertsprofile in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	189
41.	Faktorenanalyse von Arbeits- und Universitätsfragebogen	189
	<u>Besonderheiten der Geschlechter</u>	
42.	Altersverteilung für männliche und weibliche Studierende in den PBS Gießen und Frankfurt	192
13.	Anteil der Verheirateten bei männlichen und weiblichen Studierenden in den PBS Gießen und Frankfurt und der Westdeutschen Studentenschaft	78
43.	Semesterverteilung für männliche und weibliche Studierende in PBS und Univ. Gießen	192
14.	Anteil der Fachgruppen bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS	80
15.	Problemgebiete nach Therapeutenurteil für männliche und weibliche Studierende in der PBS	82
44.	Diagnose der Charakterstrukturen bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS	193
45.	GPI-Mittelwertsprofile für männliche und weibliche Studierende in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	194
16.	Körperliche Leitbeschwerden bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS	89
46.	Arbeitsfragebogen-Mittelwertsprofile für männliche und weibliche Studierende in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	195
47.	Universitätsfragebogen-Mittelwertsprofile für männliche und weibliche Studierende in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	195

<u>Nr.</u>		<u>Seite</u>
	<u>Besonderheiten der Studienphasen</u>	
17.	Anteil männlicher und weiblicher Studierender an den drei Studienphasen in der PBS	94
18.	Anteil der Altersklassen an den drei Studienphasen in der PBS	95
19.	Einkommensgruppe und Schulbildung des Vaters in den drei Studienphasen in der PBS	96
20.	Schulbildung der Mutter in den drei Studienphasen in der PBS	97
48.	Anteile der Fachgruppen an den drei Studienphasen in der PBS	196
49.	GPI. Signifikante Effekte der Studienphasen in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	197
50.	Arbeitsfragebogen. Signifikante Effekte der Studienphasen in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	198
51.	Universitätsfragebogen. Signifikante Effekte der Studienphasen in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	198
	<u>Besonderheiten der Fachgruppen</u>	
22.	Anteil männlicher und weiblicher Studierender in den Fachgruppen in der PBS	107
23.	Durchschnittsalter in den Fachgruppen in der PBS	108
52.	Anteil der Studierenden aus höheren Semestern in den Fachgruppen in der PBS	199
53.	GPI. Signifikante Effekte der Fachzugehörigkeit in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	200
54.	Arbeitsfragebogen. Signifikante Effekte der Fachzugehörigkeit in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	201
55.	Universitätsfragebogen. Signifikante Effekte der Fachzugehörigkeit in PBS und Studentischer Vergleichsgruppe	202
	<u>Therapievorschlagn und Prognose</u>	
24.	Therapievorschlüge in PBS und Poliklinik	118
25.	Therapievorschlüge in der PBS 1967 und 1968/69	120
26.	Therapievorschlüge nach Geschlechtern	121
27.	Prognosebeurteilung in PBS und Poliklinik	122
28.	Prognosebeurteilung nach Geschlechtern	123

5.2 Figurenverzeichnis

Nr.

Seite

1. Altersverteilung in PBS und Hess. Studentenschaft	16
2. Anteil der Fachgruppen in PBS (nur Gießener Studierende) und Univ. Gießen	24
3. Semesterverteilung in PBS und Universität Gießen	26
4. Diagnose der Charakterstrukturen in PBS und Poliklinik	47
5. Körperbeschwerdedruckwerte in der PBS	58
6. Angaben zur Psycho- bzw. Somatogenese der Beschwerden	59
7. Schema der hypothetischen Arbeitskonflikte	64
8. Altersverteilung bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS	77
9. Semesterverteilung bei männlichen und weiblichen Studierenden in PBS und Univ. Gießen	81
10. Körperbeschwerdedruckwerte bei männlichen und weiblichen Studierenden in der PBS	90
11. Schema der Selektion der Beratungsklientel	138

5.3 Literaturverzeichnis

- ANGER, J. (1960) Probleme der deutschen Universität. Mohr, Tübingen
- BACIA, H. (1968) Die Psychotherapeutische Beratungsstelle - Beratungsstelle für Intimfragen an der Freien Universität Berlin. Dynamische Psychiatrie 1: 52
- BAKER, R.W. (1967) Incidence of psychological disturbances in college students. J. Coll. Health 13: 65
- BALINT, M. (1968) The basic fault. Tavistock Publications, London
- BECKER, H. (1969) Ein Gesamtplan für die Bildung. Die ZEIT, 24.10.1969
- BECKMANN, D. (1968) Untersuchungen zur Klinischen Urteilsbildung bei psychoanalytischen Interviews. Diss. Gießen
- BECKMANN, D. (1969) Das Gießener Persönlichkeitsinventar (GPI). Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät Univ. Gießen
- BECKMANN, D.,
MOELLER, M.L.,
RICHTER, H.E. und
SCHEER, J.W. (1969) Studenten - wie sehen sie sich selbst, ihre Arbeit und die Universität? Manuskript, Rundfunkvortrag
- Beratungsstelle für Studierende der RUHR-Universität (1966 - 1969) Tätigkeitsberichte. Vervielfältigungsdruck, Bochum
- BERNFELD, S. (1929) Der soziale Ort und seine Bedeutung für Neurose, Verwahrlosung und Pädagogik. Imago 15: 299 (auch in: Bernfeld 1969, S. 198)

- BERNFELD, S. (1969) Intiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. Ausgewählte Schriften Band 1 und 2, März, Darmstadt
- BESKE, F. (1960) Der ärztliche Nachwuchs. Die Medizinstudierenden von 1947-1959, Köln
- BRUHN, J.G. und
PARSONS, O.A. (1964) Medical student attitudes toward four medical specialties. J. Med. Educ., 39: 40
- BRUHN, J.G. und
PARSONS, O.A. (1965) Attitudes toward medical specialties: two follow-up studies. J. Med. Educ., 40: 273
- CHOISY, M. (1951) Rêves de veille d'examens, 4 cas cliniques. Psyché 6: 365
- COWLES, W.,
POLGAR, St.,
SIMMONS, L. und
SWITZER, J. (1963) Health and communication in a Negro census tract. Social Problems 10: 228
- DE BOOR, C. und
KÜNZLER, E. (1963) Die Psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Huber-Klett, Stuttgart
- DÖRNER, K. (1967) Die Hochschulpsychiatrie. Enke, Stuttgart
- ERIKSON, E.H. (1950) Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit. In: ERIKSON (1966) S. 55
- ERIKSON, E.H. (1959 b) Late adolescence. In: FUNKENSTEIN (1959)
- ERIKSON, E.H. (1966)
(engl. 1959 a) Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp, Frankfurt

- FUNKENSTEIN, D.H. (ed)
(1959) The student and mental health.
An international view: First International Conference on Student Mental Health, Princeton 1956. A World Mental Health Year Publication.
- FÜRSTENAU, P. (1968) Über Beratung, Therapie und Erforschung sozial-definierter Neurotikergruppen.
Z. Psychother. Med. Psychol., 18 : 161
- FÜRSTENAU, P.,
STEPHANOS, S.F. und
ZENZ, H. (1970) Erfahrungen mit einer gruppentherapeutisch geführten Neurotikerstation,
Z. Psychother. Med. Psychol., 20: 95
- GERSTEIN, H. (1965) Studierende Mädchen.
Piper, München.
- GOLDSCHMIDT, D. (1969 a) Die objektive Studiensituation der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland als eine Stress-Situation. In: ZIOLKO (1969 a) S. 51
- GOLDSCHMIDT, D. (1969 b) Zur Situation der Hochschulforschung.
In: JENNE et al. (1969) S. 13
- GUILFORD, J.P. (1954) Psychometric Methods.
Mc Graw-Hill, New York-Toronto-London
- GURIN, G.,
VEROFF, J. und
FELD, S. (1960) Americans view their mental health.
Basic Books, New York
- HABERMAS, J.,
FRIEDEBURG, L.v.,
OEHLER, Ch. und
WELTZ, F. (1961) Student und Politik. Eine soziologische Untersuchung zum politischen Bewußtsein Frankfurter Studenten.
Luchterhand, Neuwied
- HEISING, G. und
BECKMANN, D. (1970) Gegenübertragungsreaktionen bei Diagnose- und Indikationsstellung.
Vortrag auf der 86. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater, Baden-Baden

- HOFSTÄTTER, P.R. (1957) Gruppendynamik. Kritik der Massenpsychologie. rde 38. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- HÖRNIG, S.,
LEUSCHNER, W.,
MAHLER, E. und
MORGENSTERN, R. (1970) Arbeitsbericht der Psychotherapeutischen Beratung für Studierende im Studentenwerk Frankfurt/Main. Broschüre
- JAHNKE, J. (1969 a) Arbeitsgewohnheiten (Study Habits) - Erfassung, Beurteilung und therapeutische Beeinflussung.
In: ZIOLKO (1969 a) S. 162
- JAHNKE, J. (1969 b) Das selbständige Arbeitsverhalten (Study Habits) von Oberschülern und Studenten.
In: E. Duhm (Hg) (1969). Praxis der Klinischen Psychologie, Bd. I. Hogrefe, Göttingen
- JENNE, M.,
KRÜGER, M. und
MÜLLER-PLANTENBERG, U. (1969) Student im Studium.
Klett, Stuttgart
- JORSWIECK, E. und
KATWAN, J. (1967) Neurotische Symptome. Eine Statistik über Art und Auftreten in den Jahren 1947, 1956 und 1965.
Z. Psycho-som. Med., 13: 12
- KATH, G. (1964) Das soziale Bild der Studentenschaft in Westdeutschland und Berlin.
Deutsches Studentenwerk, Colloquium, Berlin
- KATH, G. (1969) Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland.
Deutsches Studentenwerk, Bonn
- KATH, G.,
OEHLER, Ch. und
REICHWEIN, R. (1966) Studienweg und Studienerfolg.
Institut f. Bildungsforschung in der Max-Planck-Gesellschaft, Studienberichte, Heft 6, Berlin

- KEMMERICH, B.C. (Hg)(1966) I. Kolloquium über studentische Gesundheitsfragen. Broschüre, Verband deutscher Studentenschaft, Bonn
- KOOS, E.L. (1954) The health of Regionville: What the people thought and did about it. Columbia University Press, New York
- KOOS, E.L. (1955,1967) Metropolis-what city people think of their medical services. Americ. J.of Public Health,45(1955): 1551. Deutsch:MITSCHERLICH et al (Hg) (1967), S. 311
- LANGE-UNDEUTSCH, H. und ECKHARDT, W. (1966) Bericht über die Tätigkeit der Psychotherapeutischen Beratungsstelle an der Freien Universität Berlin. Umschau 53: 10
- LEWIS, Ch. (1966) Illness behaviour and academic performance among medical students. Arch. Environ. Health, XII: 776
- LINDIG, U. (1969) Psychohygiene und Praevention bei Studenten. In: ZIOLKO (Hg)(1969 a) S. 269
- LUNGERSHAUSEN, E. (1968) Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten. Theoretische und klinische Medizin in Einzeldarstellungen, Bd. 38, Hüthing, Heidelberg
- LUNGERSHAUSEN, E. (1969) Zum Problem der Suicidhandlungen an Universitäten. In: ZIOLKO (Hg) (1969 a)
- NAHLER, E. (1969) Psychische Konflikte und Hochschulstruktur. Psyche XXIII: 72
- MALLESON, N. (1965) A handbook on british student health services. Pitman, London

- MATUSSEK, P. (1967) Psychodynamische Aspekte der Kreativitätsforschung.
Nervenarzt 38: 143
- MECHANIC, D. (1962) The concept of illness behaviour.
J. chron. Dis. 15: 189
- MENNINGER, K.A. (1968) Das Leben als Balance.
Piper, München
- MITSCHERLICH, A.,
BROCHER, T.,
v. MERING, O. und
HORN, K. (Hg) (1967) Der Kranke in der modernen Gesellschaft.
Kiepenheuer und Witsch, Köln-Berlin
- MOHL, H. (1969) Das Image des Arztes.
Dt. Ärzteblatt 25: 1867
- MOELLER, M.L. (1968) Zur Psychoanalyse der Prüfungsangst:
1. Angst und Prüfungsfeld.
betrifft:erziehung, Heft 10: 19
- MOELLER, M.L. (1969 a) Zur Psychoanalyse der Prüfungsangst:
2. Aspekte der Prüfungsangst.
betrifft:erziehung, Heft 1: 16
- MOELLER, M.L. (1969 b) Zur Psychodynamik der neurotischen Prüfungsangst.
In: ZIOLKO (Hg)(1969 a), S. 214
- MOELLER, M.L. (1969 c) Psychische Funktionen und Wirkungen von Prüfungen.
In: SCHÜTZ et al (1969), S. 74
- MOELLER, M.L. (1969 d) Psychotherapeutische Beratung für Studierende an der Universität Gießen. Vorläufiger Bericht, Probleme und Überlegungen.
Nervenarzt 40: 155

- MOELLER, M.L. (1969 e) Die Prüfung als Kernmodell psychosozialer Konflikte.
Köln. Z.f.Soz.u.Sozpsycho. 21: 355
- MOELLER, M.L. (1969 f) Psychotherapeutische Behandlung von Studenten im Urteil der Therapeuten.
Psyche XXIII: 724
- MOELLER, M.L. (1970) Zur Psychodynamik des Prüfungswesens
Vortrag auf dem Hearing der Pädagogischen Hochschulen Niedersachsens, Hannover
- NITSCH, W.,
GERHARDT, U.,
OFFE, C. und
PREUSS, U.K. (1965) Hochschule in der Demokratie. Kritische Beiträge zur Erbschaft und Reform der deutschen Universität.
Luchterhand, Berlin
- NOELLE, E. und
NEUMANN, E.P. (1967) Jahrbuch der öffentlichen Meinung.
Verlag für Demoskopie, Allensbach
- PERVIN, L.A.,
REIK, L.E. und
DALRYMPLE, W. (Hg)(1966) The college drop-out and the utilization of talent. Princeton Univ. Press, Princeton, New Jersey
- PFLANZ, M. (1963) Soziale Umwelt und Kranksein.
Berliner Ärzteblatt, 76: 326
- PFLANZ, M. (1963,1967) Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit. Zur Problemstellung und Methodologie.
In:MITSCHERLICH et al (1967) S. 369
- PFLANZ, M. (1964) Der Entschluß, zum Arzt zu gehen.
Hippokrates, 35: 894
- PFLANZ, M. (1965,1967) Gesundheitsverhalten. Mensch und Medizin (1965) 6: 173. Auch in: MITSCHERLICH et al (1967) S. 281
- PFLANZ, M.,
PINDING, M.,
ARMBRUSTER, A.K.-W. und
TOROK, I. (1965) Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten.
Med. Klinik 10: 391

- PLAUM, F.G. (1968) Krankheits-theorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten. Med. Diss. Univ. Gießen
- PREUSS-LAUSITZ, U. (1969) Soziologische Aspekte psychischer Belastungen bei Studienanfängern und Folgerungen für eine psychoanalytisch orientierte Hochschul-Psychiatrie. In: ZIOLKO (1969) S. 67
- PREUSS-LAUSITZ, U. und SOMMERKORN, I.N. (1968) Zur Situation von Studienanfängern. Neue Sammlung 8: 434
- PROSS, H. (1969) Über die Bildungschancen von Mädchen in der Bundesrepublik. edition suhrkamp 319, Frankfurt
- REICHENBECHER, H. (1962) Konflikte der Studentenzeit. Eine Untersuchung über Art und Häufigkeit persönlicher Probleme bei Studierenden der Universität Heidelberg. Phil. Diss. Univ. Heidelberg
- RICHTER, H.E. (1966) Zur Theorie und Therapie von Familienneurosen aus psychoanalytischer Sicht. Nervenarzt 37: 1
- RICHTER, H.E. und BECKMANN, D. (1969) Herzneurose. Thieme, Stuttgart
- RUST, R.M. (1960) Epidemiology of mental health in college. J. Psychol. 49: 235
- SCHELLENBERG, G.W. (1966) Studentenschaft des Landes Hessen. vds.-Broschüre, Frankfurt
- SCHRAML, W.J. (1966) Psychohygiene und Hochschule. In: Kemmerich (1966)
- SCHULLER, A. und SOMMERKORN, I.N. (1968) Mitteilung: Symposion über Psychische Störungen bei Studenten 22.-24.3.1968 in Berlin. Köln.Z.f.Soz.u.Soz.psychol. 20: 699

- SCHUR, M. (1955) Comments on the metapsychology of somatization.
Psychoan.Study of the Child 10: 119
- SCHÜTZ, M.,
SKOWRONEK, H. und
THIEME, W. (Hg)(1969) Prüfungen als hochschuldidaktisches Problem. Blickpunkt Hochschuldidaktik Heft 1, Broschüre, Hamburg
- SEGAL, B.E. et al (1966) Emotional maladjustment in an undergraduate population: an analytical assessment of six year trends.
J. Coll. Health 14: 190
- SIEDENTOPF, D. (1968) Über Art und Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Störungen bei Studierenden.
Med.Diss. Univ. Gottingen
- SPERLING, E. (1967) Müdigkeit, ein Leitsymptom neurotischer Lernstörungen bei Studenten. Psychosomat. Med. u. Psychoanalyse, 13: 188
- SPERLING, E. und
FRIEDRICH, D. (1969) Administrative Probleme und Möglichkeiten eines Behandlungsangebotes in Beratungsstellen für Studenten.
In: ZIOLKO (1969 a) S. 329
- TEIRICH, H.R. (1959) Einzel- und Gruppenpsychotherapie mit Studenten.
Die Medizinische 21: 1022
- UDE, Ch. (1970) Soziale Aspekte der Bildungspolitik. Vorgänge 1: 2
- vds (VERBAND DEUTSCHER
STUDENTENSCHAFTEN) DSKV
(DEUTSCHE STUDENTEN KRANKENVERSORGUNG)(Hg)(1969) Gesundheitskonferenz, Februar 1969 in Berlin. Broschüre, Bonn.
- WISSE, A. (1922) Die Fakultätsdifferenzen als psychologische Gruppenunterschiede bei den Universitätsstudenten. Schriften zur Psychologie der Berufseignung und des Wirtschaftslebens. J.A. Barth, Leipzig

- ZENZ, H. (1971) Empirische Befunde über die Gießener Fassung einer Beschwerdeliste.
Zschr.Psychother.Med. Psychol. 21.
im Druck.
- ZIOLKO, H.U. (1965) Psychische Erkrankungen bei Studierenden.
Umschau 48: 24
- ZIOLKO, H.U. (1967) Neurotische Lern- und Arbeitsstörungen bei Studenten.
Z.Psychoth.Med. Psychol.17: 178
- ZIOLKO, H.U. (1968) Psychiatrische Aspekte bei sogenannten Langstudierenden.
Dt. Ärzteblatt 7: 393
- ZIOLKO, H.U. (Hg)(1969 a) Psychische Störungen bei Studenten-Symposion Berlin 1968 -.
Thieme, Stuttgart
- ZIOLKO, H.U. (1969 b) Psychische Auffälligkeiten bei Studienanfängern.
In: ZIOLKO (1969 a) S. 75
- ZIOLKO, H.U. (1969 c) Der psychisch gestörte Student.
Ärztliche Praxis XXI, Nr. 25
- Doctor or drop-out?
J.Med.Educ. 41, Nr. 12

